

『育児休業手当金確認表』申請書

申請日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

組合員証記号番号（左詰め）										
記号								番号		

所属機関の名称	
---------	--

組合員氏名		印
-------	--	---

生年月日	昭和	年	月	日	性別	
	平成					

住 所	〒							電話番号	()	-	

育児休業に係る子の氏名及び生年月日	氏 名											
	生年月日	平成	年	月	日							

申請理由	1 配偶者の扶養手当申請に必要であるため 2 その他 ()
------	-----------------------------------

証明が必要な期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
----------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

〔申請先住所〕
 〒700-0023
 岡山市北区駅前町2丁目3番31号 サン・ピーチOKAYAMA 4階
 岡山県市町村職員共済組合 保険課
※82円切手を貼った返信用封筒を同封してください。

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局 長	課 長	課長補佐	係 長	係	発行年月日

