

『育児休業手当金確認表』申請書

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

組合員等記号番号	
記号	番号

所属機関の名称	
---------	--

組合員氏名	
-------	--

生年月日	昭和	年	月	日	性別	
------	----	---	---	---	----	--

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	令和	年	月

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	令和	年	月	日	～	令和	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

※ 110円分の切手を貼った返信用封筒（長3サイズ）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

