

(互) 産後パパ育休取得促進助成金請求書

決定額 ※ 円

所属所名 (所属コード)		( E )		組合員氏名			
組合員証番号		配偶者の出産年月日		子の名前		続柄	
		令和 年 月 日		-----		年 月 日	
育児休業取得期間 (辞令に記載のとおり) (当助成金請求期間を含む育児休業取得期間を記載する)				左のうち(互)助成金請求対象期間 (配偶者の出産年月日から57日目までの間で、 育児休業を取得した期間、最大28日間)			
自		至		自		至	
1回目	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
2回目	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
事由発生時の標準報酬等級		等級		上の請求期間合計日数		日	
事由発生時の標準報酬月額		① 円		うち土曜・日曜を除く日数		③ 日	
事由発生時の互助組合掛金基礎額 (給料+教職調整額+地域手当)		② (右の注1・2参照)		円		(注1) 30万円以上の時は30万円と記載 (注2) 月給以外の組合員は10万円と記載	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>一般財団法人徳島県教職員互助組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 住所 〒</p> <p>氏名</p> <p>(自署の場合は省略可)</p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属所長 職名</p> <p>氏名</p>							
						<p>所属所受付年月日</p> <p>所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は、年月日、担当者 名を記入押印してください。</p> <p>令和 年 月 日</p>	

- 1 太枠内に御記入ください。※欄は記入しないでください。
- 2 育児休業の事実を証する書類(辞令の写し)を添付してください。
- 3 (互)助成金請求期間がすべて終了してから提出してください。
- 4 該当子にかかる請求受付は1回のみです。
- 5 共済組合の育児休業手当金の給付金額によっては当助成金の給付が発生しない場合もあります。

福 受	
利 付	
厚 生	
課 欄	

※事務局記載欄

① ÷ 22 = ④ 給付上限額注意	④ × 67/100 = ⑤ 給付上限額注意	⑤ × 助成日数 (③ 日) = ⑥
② ÷ 22 = ⑦	⑦ × 33/100 = ⑧	⑧ × 助成日数 (③ 日) = A
⑦ × ③ = ⑨ (⑨ > 30万円の場合 → C)		A ~ Cのうち最も低い額 (助成額)
⑨ - ⑥ = B		A · B · C
⑨ が 30万円の場合 (= 300,000 - ⑥) C		円