

課長	保健	係

## 育 児 休 業 掛 金 免 除 変 更 申 出 書

組合員の氏名				組合員証記号番号	—			
生年月日		昭・平 年 月 日		又は個人番号※				
所属所	名称							
	所在地							
育児休業等期間		初 日		令和 年 月 日				
		末 日	変 更 前		令和 年 月 日			
			変 更 後		令和 年 月 日			
育児休業等に係る子の生年月日				令和 年 月 日				
<p>上記のとおり、掛金の免除の変更を申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申出者 氏 名</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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>								

※ 「個人番号」の記入は、必須ではありません。

※ この申出書には、育児休業承認申請書の写しを添付してください。

※ 派遣職員の場合、所属所の名称及び所在地については、派遣先団体の名称及び所在地を記入してください。