課　長	保　　健	係

育 児 休 業 掛 金 免 除 変 更 申 出 書

組合員の氏名				組合員等記号番号又は個人番号※	―			
生　年　月　日	昭・平　年　月　日							
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					

上記のとおり、掛金の免除の変更を申し出ます。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申出者

氏　名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名

※「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。