課　長	保　　健	係

育児休業承認請求書の写し
又は養育状況変更届の写しを添付してください。
育児休業手当金も変更になる場合は、併せて提出してください。

育 児 休 業 掛 金 免 除 変 更 申 出 書

組合員の氏名		共済　花子		組合員等記号番号又は個人番号※	１２３　－　９９９
生　年　月　日		昭・平　63　年　9月　14日			個人番号は必須ではありません。
所属機関	名　　称	○○市役所			
	所　在　地	○○市○○町1－2－3			
育児休業等期間	初　日			令和　○○　年　4　月　1　日	
	末　日	変　更　前		令和　△△　年　3　月　31　日	
		変　更　後		令和　××　年　3　月　31　日	
育児休業等に係る子の生年月日				令和　○○　年　2　月　3　日	

上記のとおり、掛金の免除の変更を申出します。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　△△　年　4　月　1　日

申出者
住　所　○○市○○町2－3－4
氏　名　共 済　花 子

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　4　月　2　日

所属所長
職　名　○○市長
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、所属機関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。