

課 長	保 健	係

標準報酬育児休業等終了時改定申出書

組 合 員 氏 名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ		組合員等 記号番号	1 2 3 - 9 9 9
	共 済 花 子			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 〇〇年 9月 14日			
所 属 機 関	名 称	〇〇市役所		
	所在地	〇〇市〇〇町 1 - 2 - 3		
育児休業等承認期間	休 業 開 始 日		休業終了日 (復職日の前日)	
	令和 〇〇年 7月 5日		令和 〇〇年 3月 31日	
(延長等があった場合)	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
育児休業等対象児	氏 名	(フリガナ) キョウサイ タロウ	性 別	男 女
	共 済 太 郎			
	生年月日	令和 〇〇年 5月 9日		
育児休業等終了前の標準報酬		10級 170,000 円		
☒ 地方公務員等共済組合法第43条第12項の規定により、育児休業等終了日の翌日が属する月以後3月間に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、標準報酬を改定することの希望を申し出ます。 ※必ず□に✓を付してください。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年 4月 1日 住 所 〇〇市〇〇町 2 - 3 - 4 申出者 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 〇〇年 4月 2日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇				

- 備考) 1 この申出により改定される標準報酬の月額は、育児休業等終了日の翌日が属する月以後3か月の報酬額の平均の額により算定し、その翌月から改定されます。
- 2 支払基礎日数未満である月は、算定の基礎として使用しません。
- 3 公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は、次の点に留意してください。
- ① 「組合員証記号番号」欄の記載は不要です。
- ② 「所属機関の名称及び所在地」は「派遣先団体の名称及び所在地」を記入してください。