

< 育児休業等終了時に標準報酬の改定を申し出る場合 >

標準報酬育児休業等終了時改定申出書

フリガナ		キヨサイ ハコ		組合員等 記号・番号	△△△△—△△△△	
組合員名前		共済 花子				
生年月日		△△△△年 △月 △日				
所属機関	名称	〇〇市				
	所在地	〇〇市〇〇町△—△—△				
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）		
		△△△△年 △月 △日		△△△△年 △月 △日		
(延長等があった場合)		△△△△年 △月 △日		△△△△年 △月 △日		
育児休業等に係る	申出者本人により✓ を付してください。			キヨサイ 仔吋 共済 一郎	性別	男
		△△△△年 △月 △日		性別	女	
育児休業等終了時の標準報酬		△△級		△△△, △△△円		
※ 必ず□に印を付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 地方公務員等共済組合法第43条第12項の規定により、標準報酬月額を改定を申し出ます。						
広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 住所 〇〇市〇〇町△—△—△ 申出者 名前 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。 △△△△年 △月 △日 職名 〇 〇 市 長 所属所長 名前 〇 〇 〇 〇						

(備考) 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」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。

(注) 「育児休業等終了日の翌日が属する月以後3か月間」とは、育児休業等終了日の翌日において継続して組合員であった期間に限るものとし、かつ、報酬支払の基礎となった日数が17日未満の月がある場合、当該月を除いて算定します。なお、育児短時間勤務により要勤務日数が17日未満とされるものは、要勤務日数の4分の3に相当する日数以上勤務した場合は、支払基礎日数が17日以上であるとみなします。