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 共済　花子	組合員等記号番号	○○○－○○○
生年月日		○　年　○　月　○　日		
所属所	名称	○○○市		
	所在地	愛媛県○○市○○町○丁目○－○		
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	
育児休業等対象児	氏名	（フリガナ）　キョウサイ　コタロウ 共済　小太郎	性別	男 女
	生年月日	○　年　○　月　○　日		
育児休業等終了時改定前の標準報酬		19　等級　240,000　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か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出ます。

※必ず□に✔を付してください。

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

住　所　○○市○○町○丁目○－○

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　○　年　○　月　○　日

職　名　○○市長

所属所長

氏　名　○○　○○

（注）「育児休業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日未満である月がある場合、その月は育児休業等終了時改定の算定に使用しません。

共済組合記入欄	標準報酬改定月	年　月
	改定後標準報酬	級　円