

休業手当金請求書

決 裁	課 長	係 長	主 任	副主任	決 定 額	※ 円
組 合 員 証	記 号	組 合 員 氏 名			所 属 所 名	
	番 号					
勤務できな かった期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	勤務できな かった理由				
標 準 報 酬 月 額	_____等級	請 求 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	_____円	請 求 金 額	_____円			
根 拠 規 定	地方公務員等共済組合法第70条第_____号に該当することを証明する。 令和 年 月 日 証明者 職 名 氏 名					
上記のとおり請求します。 京都市市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 請 求 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						

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、
次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和 年 月 日
令和 年 月 日 間 割 円

令和 年 月 日
令和 年 月 日 間 割 円

令和 年 月 日
令和 年 月 日 間 割 円

令和 年 月 日

所 属 所 長 職 名
又 は
給与事務担当者 氏 名

- 1 所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
なお、証明欄の記入内容に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
- 2 請求は1か月単位で行ってください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。