休業手当金請求書

決裁	課　長	係　長	主　任	副主任		決 定 額	※ 円

組合員等	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円	請求期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
		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。

京都府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。**