

課 長	保 健	係

育 児 休 業 掛 金 免 除 変 更 申 出 書

組合員の氏名		組合員証記号番号	—			
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	又は個人番号※				
所 属 所	名 称					
	所 在 地					
育 児 休 業 等 期 間	初 日		平成	年	月	日
	末 日	変 更 前	平成	年	月	日
		変 更 後	平成	年	月	日
育 児 休 業 等 に 係 る 子 の 生 年 月 日			平成	年	月	日
<p>上記のとおり、掛金の免除の変更を申出します。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申出者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>						

※ 「個人番号」の記入は、必須ではありません。

※ この申出書には、育児休業承認申請書の写しを添付してください。

※ 派遣職員の場合、所属所の名称及び所在地については、派遣先団体の名称及び所在地を記入してください。