

介護休業実績証明書(月休業分)

所属機関名

組 合 員 証 号 記 号 番 号	組 合 員 氏 名	手当金の支給期間中における介護休業実績及び給料支給状況		
		期 間	日 数	勤 務 し な か っ た 期 間 に つ い て の 給 料 支 給 の 有 無
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円
—		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	無 ・ 有 円

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日 職 名
所属所長
氏 名

- 注) 1. 組合員証記号番号順に整理して記入し、各月分ごとに証明書を分けて作成ください。
 2. 期間、日数欄は各月における休業取得状況にあわせて、介護休業期間及び日数を記入してください。
 3. 各月の給料の支給状況にあわせて有、無に〇印をし、有の場合その金額を記入してください。
 4. この証明書は、介護休業月の翌月5日までに必着するように毎月提出してください。