

5. 育児休業給付支給申請

1. 保育園名 \_\_\_\_\_

フリガナ

2. 氏 名 \_\_\_\_\_

3. 被保険者番号 \_\_\_\_\_

4. 出産日（出産予定日）           年    月    日

5. 産休に入った日                   年    月    日

6. 産前産後                   産前  週    産後  週

この届けを受理してから、後日関係書類を郵送します。

この届けはFAXで送信して下さい。

FAX番号 075-223-8961

※初回申請は育休開始の月を含んだ4ヶ月以内です  
この期間を過ぎると第1回目は無効となります(支給されません)

事務連絡 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_