

介護休業給付金支給申請手続願

年 月 日

広島大学長 殿

職員番号

氏 名

下記の所要事項に基づき、介護休業給付金支給申請手続を行ってくださるようお願いいたします。

記

職員について

所 属

職 名

(月給・時給)

介護休業期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日まで (雇用契約更新後の介護休業終了予定日)

※ 介護休業給付金の対象になる介護休業期間は最長3ヶ月間です。

住 所 〒 —

電話番号 () —

介護対象家族について

フリガナ
氏 名

職員との続柄

性別・生年月日

男・女

M・T・S・H・R

年 月 日

(あてはまるものに○をする)

※ 申請手続き上必要なため、介護対象家族の方の氏名、申請者本人との続柄、性別、生年月日等が確認できる書類(住民票記載事項証明書等)を添付願います。