事務局長	課　長	主　幹	係　長	係	課　　員	本件お伺いします　年　月　日　伺

産前産後休業掛金免除（変更）申出書

組合員氏名			組合員等記号番号	－	
所属機関	名　　称				
	所　在　地				
産前産後休業期間	初　日	年　月　日	末　日	年　月　日	
	初　日（変更後）	年　月　日	末　日（変更後）	年　月　日	
産前産後休業に係る子の出産年月日	出産予定日	年　月　日			
	出　産　日	年　月　日			
単胎又は多胎の別	単　胎　・　多　胎				

上記のとおり地方公務員等共済組合法第１１４条の２の２の規定により掛金の免除（免除変更）を申し出ます。

佐賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　　月　　日

住　所

申出者

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

職　名

所属機関の長

氏　名

掛金免除期間	免除開始月	＊　年　月	免除終了月	＊　年　月

1　産前産後休業期間とは、出産日（出産予定日の後に出産した場合は、出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産日の後56日までの期間のうち、地方公共団体における特別休暇の産前産後休暇を取得した期間をいいます。

2　掛金の免除期間は、産前産後休業を開始した日の属する月からその産前産後休業が終了する日の翌日の属する月の前月までの期間となります。

3　「特別休暇の産前産後休暇を取得していること及びその期間」、「産前産後休業に係る子の出産予定日（出産日）」及び「多胎妊娠の場合にあってはその旨」を証明する「休暇簿の写し」及び「母子手帳の写し」等を添付してください。

4　＊欄は記入しないでください。