

育児休業給付・高年齢雇用継続給付・介護休業給付

受給資格確認・支給申請に係る訂正願

被保険者番号	— —	事業所番号	— —
フリガナ 氏名		資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
電話番号	— —	被保険者の住所	〒
休業開始年月日 (育児と介護のみ)	年 月 日		
○を付ける	出生時育児休業給付金 育児休業給付金 出生後休業支援給付金 育児時短就業給付金 高年齢雇用継続基本給付金 高年齢再就職給付金 介護休業給付金		
(回収となる場合の) 納付書の送付先 (○を付ける) → ※被保険者本人以外の場合でも、「返還請求書」が本人に送付されます			
被保険者本人 被保険者本人 社労士			

訂正事項		誤	正
①	支給期間/支給対象年月	年 月 日 ~ 年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数	日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間 分	時間 分
	賃金額	円	円
②	支給期間/支給対象年月	年 月 日 ~ 年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数	日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間 分	時間 分
	賃金額	円	円
休業開始年月日		年 月 日	年 月 日
職場復帰年月日/介護終了年月日		年 月 日	年 月 日
その他 () 欄			
その他 () 欄			
訂正理由および再発防止策 (具体的に)			

※日数、時間、賃金額を訂正する場合は支給期間を必ず記入してください。

上記の事項について訂正願います。 令和 年 月 日

所在地

事業主 名称

代表者氏名

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示					氏名	電話番号
所長	次長	課長	係長	係	操作者	確認 資料名	賃金台帳 出勤簿 タイムカード 住民票 母子健康手帳 医師の診断書 その他 ()

育児休業給付・高年齢雇用継続給付・介護休業給付
受給資格確認・支給申請に係る訂正願

続紙

被保険者番号	— —	事業所番号	— —
フリガナ 氏名		資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
電話番号	— —	被保険者の住所	〒
休業開始年月日 (育児と介護のみ)	年 月 日		
○を付ける	出生時育児休業給付金 育児休業給付金 出生後休業支援給付金 育児時短就業給付金 高年齢雇用継続基本給付金 高年齢再就職給付金 介護休業給付金		

訂正事項		誤		正	
③	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円
④	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円
⑤	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円
⑥	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円
⑦	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円
⑧	支給期間/支給対象年月	年 月 日	～	年 月 日	
	就業日数/全休業日数/減額のあった日数			日	日
	就業時間/週所定労働時間	時間	分	時間	分
	賃金額			円	円

※日数、時間、賃金額を訂正する場合は支給期間を必ず記入してください。

上記の事項について訂正願います。 令和 年 月 日

所在地

事業主 名称

代表者氏名

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示					氏名	電話番号
所長	次長	課長	係長	係	操作者	確認 資料名	賃金台帳 出勤簿 タイムカード 住民票 母子健康手帳 医師の診断書 その他（ ）