

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

記入例

休職・育児休暇等の復職届

(西暦) 〇〇〇〇年 〇月 〇日

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体の名称 社会福祉法人 うつのみや福祉会
代表者職氏名 理事長 共済 太郎 印

休職・育児休暇等の加入者が復職し職務に従事しますので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済約款の規定により届け出ます。

施設コード	9 5 0		
施設 の 名 称	施設 所 在 地	施設長氏名及び連絡先	
うつのみや苑	〒320-0000 宇都宮市中央〇-△	氏名 <u>宇 都 宮 一 郎</u> 電話 028 (000) 0000 FAX 028 (000) XXXX	

この個人情報、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します

職員コード	フリガナ 加入者名	性 別	掛金算入開始年月 (西暦)
1 2 1	オオタワラ リョウコ 大田原 良子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	年 月 2 0 2 5 1 0 <small>満額でなくても、 給与が支給される年月</small>
本 俸 月 額	万 円 2 0 3 0 0 0	職 種	コード 職名

(注) 職種は、下欄のコード表を参照してください。

※復職時の本俸月額の変更は、
前年10月から翌年9月までの間
で年1回のみとなります。

休職前と復職後で
職種が変更になった
場合のみ記入

01	施設長	06	管理指導員	11	事務員
02	指導員	07	訓練指導員	12	介助員
03	保育士	08	栄養士	13	ホームヘルパー
04	介護職員	09	調理員	14	介護支援専門員
05	医師	10	事務(局)長	99	その他の職員

共済財団受付印