介護短時間勤務申出書

　　年　　月　　日

学　　　　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔申出者〕　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

下記のとおり　介護短時間勤務　を申し出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 申出に係る家族の状況 | | (1)氏　　名 | |  |
| (2)本人との続柄 | |  |
| (3)介護を必要とする理由 | |  |
| ２ 請求の内容 | | □　介護短時間勤務の承認 | | |
| □　再度の介護短時間勤務の承認  　（再度の介護短時間勤務が必要な事情を記入） | | |
|  | | |
| ３ 請求期間 | | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで | | |
| ４ 勤務の形態 | | 週　　時間　　分勤務  （国立大学法人熊本大学職員介護休業等に関する規則第２４条第１項  □第１号　　□第２号　　□第３号　　□第４号  □第５号　　□第６号　　□第７号　　□第８号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の勤務の形態） | | |
|  | 勤務の日及び時間帯 | 月（　　：　　～　　：　　）　　　火（　　：　　～　　：　　）  水（　　：　　～　　：　　）　　　木（　　：　　～　　：　　）  金（　　：　　～　　：　　） | | |
| ５ 申出に係る  状況 | | １の家族の状況について介護短時間勤務、介護時間又は時差出勤したことが | □ない  □ある→介護短時間勤務・介護時間・時差出勤  　　　　当初開始日：　　　　年　　月　　日  　　　　３年経過日：　　　　年　　月　　日  　　　　※当初開始日から３年を経過する日 | |

　※　上記「勤務の形態」欄の第６号又は第７号に該当する場合は、勤務の日及び時間帯に関する資料を添付してください。