様式第8号の2（第20条関係）

|  |
| --- |
| 介　護　休　暇　申　請　書年　　月　　日殿所　属　　　　　　　　　　　　職　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印　加美郡保健医療福祉行政事務組合職員の勤務時間、休暇等に関する規則（平成10年加美郡保健医療福祉行政事務組合規則第7号）第20条第１項の規定に基づき、介護休暇を申請します。 |
| １　要介護者 | 氏　　　名 |  | 続　柄 |  |
| 同居の有無 | 　□　同居　　　　　　□　別居 |
| ２　対　　　象指定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日（第　　回）（除外期間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　介護休暇の期　　　間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 一週間経過日以前の期間 | 一週間経過日後の期間 |
| 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| □　毎日□　その他（　　　　　　　　　　　） | □　毎日□　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 時　　分　～　　　　時　　分 | 時　　分　～　　　　時　　分 |
| ４　備　　　考 |  |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 | □承認□不承認 | 年　　月　　日 | □承認□不承認 |
| 決裁年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 決裁欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※　承認期間を一週間経過日以前と一週間経過日後に分割しない場合は，一週間経過日以前の期間の欄に記載するものとする。

※　承認を受けた介護休暇の一部の期間を取り消す場合は，裏面にその内容を記入し，決裁を受けるものとする（承認を受けた全ての期間（期間開始後にあっては残りの全ての期間）を取り消す申請は，様式第9号（承認取消申請書）によること。）。

（裏面）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護休暇の取消し等の期間 | 本人印 | 所属長印 | 備　考 |
| 年　月　日 | 時　　間 | 日・時間数 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　時　　分から　　時　　分まで | 日時間 |  |  |  |