

介 護 休 暇 承 認 申 請 書

任命権者
養老町教育委員会 様

学校名	養老町立養老小学校		
職 名	教諭	氏名	田中 みどり

下記のとおり介護休暇を申請します。

1 ※要介護者に関する事項

氏 名	田中 はる子
続 柄	義母
同 別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
介護が必要となった時期	29年3月20日

2 ※要介護者の状態及び具体的な介護の内容

〇月〇日に最初の発作に見舞われ、通院治療を続けてきたが、回復せず、自宅で療養している。3月になり、〇〇〇な症状が悪化し常時誰かが傍について見守っていなければならない状態になっている。今まで、昼間は、〇〇が面倒を見ていたが、〇〇も高齢で、心身ともに疲れてきているので、勤務を休んで介護したい。

3 請求期間等 （通算する6月の期間 29年4月1日から29年6月30日）

※ 請 求 の 期 間				※請求 年月日	※ 本人印	承認の 可否	決 裁		出勤簿 整理	備 考
年 月 日	時 間	日・時間数	所属長							
29年4月1日から 29年6月30日まで	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	8時15分～16時45分 時 分～時 分	91日 時	29年3月23日	田 中	<input checked="" type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	校 長	教 頭	事 務	
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				

（※印の欄は職員が記入又は押印する）

※ 請 求 の 期 間				※請求 年月日	※ 本人印	承認の 可 否	決 裁		出勤簿 整 理	備 考
年 月 日	時 間	日・時間数	所属長							
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時							
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時							
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他()	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時							

4 取消等の期間等

※ 休 暇 取 消 等 の 期 間			※ 本人印	決 裁		出勤簿 整 理	備 考
年 月 日	時 間	日・時間数		所属長			
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					
年 月 日から 年 月 日まで	時 分～時 分 時 分～時 分	日 時					

(※印の欄は職員が記入又は押印する)

※添付書類 医師の証明書その他介護休暇の事由を明らかにする書面