

## 介護休業に関する所属機関の長の証明書

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎	所属機関名	〇〇市
	番号	〇〇〇				
介護を必要とする者に関する事項	氏名	共済 一男	介護を必要とする理由（傷病名）		脳梗塞後遺症	
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日	組合員との続柄		父	
	性別	男・女	組合員との同居・別居		同居・別居	
	住所	〇〇郡〇〇町〇〇丁目〇-〇				
	介護休業の承認期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日				
上記のとおり証明します。						
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿						
令和 〇年 〇月 〇日						
所属機関の長 職名 〇〇市長						
氏名 〇〇 〇〇						
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;">印</div>						