**介護休業取得届**

株式会社

代表取締役　　　　　　　殿

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社員番号 |  | 部署名 |  |
| 氏　名 |  | | |

以下のとおり、介護休業の取得を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護休業に係る家族 | 氏名： 続柄： 介護を必要とする理由： | |
| 介護休業期間 | 自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日 | |
| 対象家族について 過去の介護休業取得 | □ 有 | 1回目 自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日 |
| 2回目 自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日 |
| □ 無 | |
| 対象家族について これまでの介護休業日数 | 日 | |

※ 原則、休業開始日の2週間前までに届け出てください。  
※ 同一対象家族につき、最大3回までの分割取得が可能で、通算93日まで取得できます。  
※ 申し出を撤回した場合でも、1回取得したものとみなします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上　長　確　認　欄 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |