**介護短時間勤務申出書**

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、介護短時間勤務制度の（新規利用・変更）を届け出ます。※いずれかに○

|  |  |
| --- | --- |
| 短時間勤務に係る家族 | 氏名：続柄：介護を必要とする理由： |
| 短時間勤務期間 | 自　令和　　年　　月　　日至　令和　　年　　月　　日 |
| 希望する措置 | 1日の所定労働時間を短縮 | □　　　：　　　～　　　：　　　 |
| 週または月の所定労働時間を短縮 | □　週 ・ 月　　　時間まで |
| 週または月の所定労働日数を短縮 | □　週 ・ 月　　　日まで　 |
| 勤務しない日又は時間帯を請求 | □　 |
| 備考／特記事項 |  |

※ 原則、開始日の1ヶ月前までに提出してください。
※ 介護休業開始前、終了後いずれでも利用できます。

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