

第20号様式（第29条の2関係）

介護休暇指定期間指定願

年 月 日				
(所属長) 殿				
所 属 職 名 氏 名 ⑩				
<p>家族の介護が必要なため、下記のとおり介護休暇の指定期間を指定されるよう関係書類を添えてお願いします。</p>				
要 介 護 者	氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所			
	職 員 と の 続 柄	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
	家 族 構 成	氏 名	年齢	続柄
				同・別居
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	職 業	
要 介 護 者 の 状 況	状 態			
	具体的な 介 護 の 内 容			
職員自ら介護を行わなければならない理由				
休 暇 を 希 望 す る 期 間 (指 定期 間)	第1回	年 月 日から	年 月 日まで(期間 月 日)	
		延長・短縮後	年 月 日まで(期間 月 日)	
	第2回	年 月 日から	年 月 日まで(期間 月 日)	
	延長・短縮後	年 月 日まで(期間 月 日)		
	第3回	年 月 日から	年 月 日まで(期間 月 日)	
		延長・短縮後	年 月 日まで(期間 月 日)	
備 考				

(注) 要介護者の状態等申出書（第20号様式の2）及び要介護状態を証明する書類を添付すること。

※ 所属長記入欄

決 裁 欄	(所属長)	受付年月日	年 月 日
		決裁年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 承 認