

(様式3)

就労している方で、資格確認書や給与支払明細書等の提出が難しい方はこちらを提出してください。

雇 用 証 明 書

雇用している者	受給者氏名 受給者住所を記入	小城 花子
	住 所	小城市三日月町長神田2312番地2

雇用期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日

上記の者は、当事
を証明する。

直近3ヶ月(6~8月)の期間に雇用されていることがわかるもの
※ 雇用期間は必ず記載してください
雇用期間の期限がない場合は、「雇用期間の定めなし」、
「一年ごとに自動更新」など記入してください

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入日

事業所の名称
代表者氏名

勤務先名称

所 在 地
電 話 番 号

勤務先住所／勤務先電話番号

(注)賃金が支払われていることを証明した書類(支払明細書等)の写しや、雇用されている企業の被保険者であることが明記された資格確認書等の写しがある場合は、この雇用証明書を省略することができます。

(注)雇用期間の期限がない場合は、「雇用期間の定めなし」、「一年ごとに自動更新」など記入してください。

(様式4)

自営業の方はこちらを提出してください。

自営業従事申告書

様式4 + 確定申告書、領収書等(自営業分かるもの)

従事している
自営業の
種類・内容

美容師

事業所の
名称

〇〇サロン

所在地
電話番号

お店の住所／お店の電話番号

従事期間

〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日

小城市長 様

直近3ヶ月(6~8月)の期間に従事していることが分かるもの

上記のとおり自営業に従事していることを申告する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入日

〔申告者〕
氏名

小城 花子

受給者氏名
受給者住所を記入

〔住所〕

小城市三日月町長神田2312番地2

求 職 活 動 等 申 告 書

(記入方法)

あなたの求職活動等の
(7を○印で囲んだ場合)

求職活動中を事由として提出される方は全員提出が必要です。
様式6-1、様式6-2
または、様式7の添付が必要です。

1 母子・父子自立支援プログラムに基づき自治体の就労支援を受けている。
・母子・父子自立支援プログラムを作成した自治体の名称
()

2 母子家庭等就業・自立支援センター等を利用している。
・母子家庭等就業・自立支援センター等を利用している
()

当てはまるものに○をつけ、必要書類を添付する。
1～5に該当:求職活動証(様式6-1又は様式6-2)
6に該当:採用選考(様式7)
7に該当:状況を明らかにできる書類

3 公共職業安定所を利用して求職活動をしている。

4 民間職業紹介所を利用して求職活動をしている。

5 労働者派遣会社を利用して求職活動をしている。

6 募集広告などにより求人企業に応募し、採用選考(面接)を受けた。

7 その他 ()

小城市長 様

私の求職活動等の状況について、上記のとおり申告する。

記入日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

受給者氏名

(児童扶養手当受給資格者氏名)

小城 花子

- (注) 求職活動等申告書中、1～5に該当する方は、「求職活動支援機関等証明書」(様式6)を、6に該当する方は、「採用選考証明書」(様式7)を、7に該当する方は、当該求職活動等の状況を明らかにできる書類を併せて添付して下さい。
- ただし、求職活動等申告書中、以下のいずれかに該当する方は、「求職活動支援機関等証明書」(様式6-1)又は(様式6-2)の添付は不要です。
- ・1に該当する方のうち、児童扶養手当の認定を受けた自治体と母子・父子自立支援プログラムを策定した自治体が同一であること等により、自治体内において申告内容の確認ができるとき
 - ・2に該当する方のうち、児童扶養手当の認定を受けた自治体と母子家庭等就業・自立支援センターを設置している自治体が同一であること等により、自治体において申告内容の確認ができるとき
 - ・3に該当する方のうち、公共職業安定所により発行された「紹介状(本人控え)」又はその写し等により、申告内容の確認ができるとき

求職活動支援機関等利用証明書

(記入方法)

あなたの求職活動支援機関等の利用状況について、Ⅰの1又はⅡの1の登録が有効であることに加え、その他該当する求職活動を行った年月日を合計2つ以上記入して下さい。

Ⅰ 母子家庭等就業・自立支援センター、公共職業安定所、民間職業紹介所の利用

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1 求職登録が有効 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日現在 |
| 2 求人情報の提供 | 〇〇年〇〇月〇〇日／ 月 日 |
| 3 職業相談 | △△年△△月△△日／ 月 日 |
| 4 職業紹介 | 年 月 日／ 月 日 |
| 5 就職活動セミナーなど
職業講習の受講等 | 年 月 日／ 月 日 |

Ⅱ 労働者派遣会社の利用

- | | |
|----------------|------------|
| 1 労働者派遣登録が有効 | 年 月 日現在 |
| 2 具体的な派遣先企業を提示 | 年 月 日／ 月 日 |

殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記(Ⅰ／Ⅱ)1、2、3、4、5)について証明願います。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

利用者(求職者)氏名

小城 花子

受給者氏名

上記について相違ないことを証明する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

機関等の名称

所在地(電話番号)

ハローワーク 等

殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記(Ⅰ／Ⅱ)1、2、3、4、5)について証明願います。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

利用者(求職者)氏名

小城 花子

受給者氏名

上記について相違ないことを証明する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

機関等の名称

所在地(電話番号)

ハローワーク 等

求職活動支援機関等利用証明書

(記入方法)

あなたの求職活動支援機関等の利用状況について、提出月又はその前月の直近1か月以内において、Ⅰの1又はⅡの1の登録が有効であることに加え、その他該当する求職活動を行った年月日を合計2つ以上記入して下さい。

Ⅰ 母子家庭等就業・自立支援センター、公共職業安定所、民間職業紹介所の利用

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1 求職登録が有効 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日現在 |
| 2 求人情報の提供 | 〇〇年〇〇月〇〇日 / 月 日 |
| 3 職業相談 | △△年△△月△△日 / 月 日 |
| 4 職業紹介 | 年 月 日現在 |
| 5 就職活動セミナーなど
職業講習の受講等 | 年 月 日 / 月 日 |

Ⅱ 労働者派遣会社の利用

- | | |
|----------------|---------|
| 1 労働者派遣登録が有効 | 年 月 日現在 |
| 2 具体的な派遣先企業を提示 | 年 月 日現在 |

殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記(Ⅰ / Ⅱ) 1、2、3、4、5)について証明願います。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

利用者(求職者)氏名

小城 花子

受給者氏

上記について相違ないことを証明する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

機関等の名称

ハローワーク 等

所在地(電話番号)

殿

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出するため、
上記((Ⅰ / Ⅱ) 1、2、3、4、5)について証明願います。

年 月 日

利用者(求職者)氏名

上記について相違ないことを証明する。

年 月 日

機関等の名称

所在地(電話番号)

(様式7)

採用選考証明書

面接を受けた事業所

殿

採用選考を受けた方は、採用選考を受けた場所の証明が必要です。

私は、〇〇年 〇〇月 〇〇日に御社において、採用選考を受けました。

面接日

児童扶養手当の受給に係る資料として自治体へ提出する必要がありますので、上記について証明願います。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入日

求職者氏名

小城 花子

受給者氏名
受給者住所を記入

住 所

小城市三日月町長神田2312番地2

上記について相違ないことを証明する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所の名称

事業所名称

印

所在地
電話番号

採用選考を行った事務所住所／電話番号

(様式8)

診 断 書

疾病等により働けない場合はこちらの診断書を医師に書いてもらってください。

患者氏名

小城 花子

受給者氏名

受給者住所を記入

住 所

小城市三日月町長神田2312番地2

生年月日

明・大・昭・平

〇〇年 〇〇月 〇〇日

病 名

〇〇病

〈病 状〉

診断書の内容によっては、
一部支給停止適用除外事由に該当しない可能性もあります。

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。

当てはまるものに○

② 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

医療機関／医師名

(注) 児童扶養手当一部支給停止適用除外等に関する手続きのための確認資料となります。
診断書は、かかりつけ医に作成してもらってください。

(様式 9)

介 護 状 況 申 立 書						
受給者	氏 名	小城 花子			子や親族などの介護により働けない場合に こちらを記入してください。 子や親族が介護が必要な状況ということが 分かる書類の添付が必要です。	
	住所地	小城市三日月町長神田				
介護を要する親族	氏 名	小城 桜			受給者との関係	祖母
	住所地	小城市三日月町長神田2312番地2				
世帯構成	受給者世帯			介護を要する者の世帯 (受給者と別居の場合に記入)		
	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
	小城 花子	本人				
	小城 太郎	子				
	小城 二郎	子				
	小城 桜	祖母				
介護の状況	※この欄は、あなたが介護しなければならない事情を記入して下さい。(他に介護できる者がいない状況等)					
	介護をしなければならない事情をできる限り具体的に記入ください。 別居の場合は他に介護できる方がいない理由も記入してください。					
上記のとおり介護していることを申し立てます。						
記入日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			受給者氏名		
	氏 名	小城 花子				
上記のとおり証明します。						
	年	月	日	記入不要です。		
証明者						
	氏 名					

(注意)

※この申立書は、児童扶養手当一部支給停止適用除外事由届出所の事由（４）に該当する場合に、監護する児童又は親族が要介護状態等であり、あなたが介護しなければならない事情を記入してください。

※受給者と介護を要するものが別居している場合は、「介護の状況」欄に別居の理由を記載してください。

※介護を要する親族の範囲は、民法第725条に定める親族をいいます。

※市役所に提出の際は、この証明書の他に介護が必要な方の身体（１・２・３級）・精神（１・２級）障害者手帳の写し、療育手帳（Ａ）の写し、医師の診断書（様式8）、特定疾患医療受給者証の写し、特定疾病療養受療証の写し、特定医療費（指定難病）受給者証の写し等のうち、いずれか一つの提出もあわせて必要です。