

<記入例・確認内容>

(様式4)

雇用主が記入(証明)する書類です。

雇 用 証 明 書

雇用して いる者	氏 名	<受給者>
	住 所	<受給者>

上記の者は、**年 月 日**より、当事業所において雇用していることを証明する。

令和 **年 月 日**

事業所の名称  
代表者氏名

雇用主等の証明

所 在 地  
電 話 番 号

<記入例・確認内容>

受給者が記入する書類です。

(様式5)

自 営 業 従 事 申 告 書	
従 事 し て い る 自 営 業 の 種 類 ・ 内 容	<事業内容>
事 業 所 の 名 称	<社名等>
所 在 地 電 話 番 号	<事業所の住所・電話>

青 梅 市 長 殿

上記のとおり自営業に従事していることを申告する。

令和 年 月 日

申告者  
氏 名

住 所

受給者氏名等

## 求 職 活 動 等 申 告 書

(記入方法)

あなたの求職活動等の状況について、該当する番号を○印で囲んで下さい。  
(7を○印で囲んだ場合は、その内容を記入して下さい。)

- 1 母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。  
・母子自立支援プログラムを作成した自治体の名称

受給者が記入する書類です。

- 2  
・母子家庭等就業・自立支援センターの名称  
( )

- 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 ( )

青 梅 市 長 殿

私の求職活動等の状況について、上記のとおり申告します。

受給者氏名等

令和 年 月 日

(児童扶養手当受給資格者氏名)

- ・求職活動等申告書の上記1～5に該当する方は、「求職活動支援機関等証明書」(様式7)を添付
  - ・求職活動等申告書の上記6に該当する方は、「採用選考証明書」(様式8)を添付
  - ・求職活動等申告書の上記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
- ※求職活動申告書中、上記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自立支援プログラムを策定した自治体が同一の場合や、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は、「求職活動支援機関等証明書」(様式7)の添付は不要です。

# 求職活動支援機関等利用証明書

同じ日に異なる相談等を2回でも、違う日に2日でもよい

## (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または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つ以上記入してください。

### 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 令和 年 月 日現在
- 2 求人情報の提供 令和 年 月 日/ 月 日
- 3 職業相談 令和 年 月 日/ 月 日
- 4 求人企業の職業紹介 令和 年 月 日/ 月 日
- 5 就職活動セミナーなど講習会の受講 令和 年 月 日/ 月 日

ハローワーク等で証明する書類です。

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。

受給者氏名等 令和 年 月 日

利用者(求職者)氏名 印

住 所

上記について相違ないことを証明する。

ハローワーク等に証明してもらってください。

電話番号

令和8年6月から令和8年8月末日までの間で、2回以上の求職活動がされたことがわかるよう証明してください。

異なる機関に証明をもらう場合または異なる日に求職活動をして証明をもらう場合は、裏面に証明をもらってください。

# 採用選考証明書

(採用選考を行った事業所)

殿

私は、令和 年 月 日に御社において、採用選考を受けました。

児童扶養  
で、上記に

会社等で証明する書類です。

の

令和 年 月 日

求職者氏名

住 所

受給者氏名等

上記について相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所の名称

所 在 地  
電 話 番 号

会社等の証明

印

採用面接の回数は、1回で証明書  
になります。

# 診 断 書

患者氏名

<受給者名>

住

医療機関で証明する書類です。

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

病 名

<病 状>

※ 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、入院が

2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅が

※1、2どちらかに○が必要

どちらにも該当しない場合は、診断書で適用除外届出はできません。

ただし、病状欄等に就労は不能と明記されていれば○がついていなくてもかまいません。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

医療機関の証明