

(様式3) 会社などにお勤めの場合、証明してもらってください。

雇用証明書【勤務先が記入】

雇用している者	氏名	瀬戸内 なぎさ
	住所	瀬戸内市 邑久 町 尾張300番地1 〇〇荘 101号室

上記の者は、当事業所において雇用していることを証明する。

令和 〇 年 6 月 1 0 日

事業所の名称 こども家庭銀行

代表者氏名 支店長 岡山 太郎

所在地 岡山県瀬戸内市長船町土師277番地4

電話番号 0869-26-5947

印

(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健康保険証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。

(様式4) あなたが自営業に従事している場合、提出してください。

自営業従事申告書【自分で記入】

従事している 自営業の種類・内容	飲食店
事業所の名称	ギャラリー カフェ 瀬戸内
所在地 電話番号	瀬戸内市牛窓町牛窓4911番地 0869-34-3438

児童扶養手当支給機関 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 〇 年 6 月 1 0 日

申告者氏名 瀬戸内 なぎさ

住所 瀬戸内市邑久町尾張300番地1 〇〇荘101号室

(様式 5) この申告書に当てはまる各証明書を下の(注)から選び、添付してください。

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ください。)

- 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 ()
- 2 母子家庭等就業・自立支援センターを利用して求職活動をしている。
・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。・ ・ ・ 様式 7
- 7 その他 () ・ ・ ・ その他

添付書類



様式 6 の 1
Or
様式 6 の 2

・ 様式 7

・ その他

いずれかに○を付ける

児童扶養手当支給機関 殿

私の求職活動等の状況について、上記のとおり申告する。

令和 ○ 年 6 月 1 0 日

児童扶養手当受給資格者氏名

瀬 戸 内 な ぎ さ

(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) 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

求職活動中 2枚目（初年度）

①

（様式 6 の 1）利用者があらかじめ事前に日付等を記入してから、証明を依頼してください。

5年等満了月を迎えると見込まれる受給資格者に対し、送付するもの。

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 | 令和 ○ 年 8 月 29 日現在 |
| ② 求人情報の提供 | 令和 ○ 年 8 月 26 日 / 8 月 29 日 |
| ③ 職業相談 | 令和 ○ 年 8 月 26 日 / 8 月 29 日 |
| ④ 求人企業の職業紹介 | 令和 ○ 年 8 月 29 日 / 月 日 |
| ⑤ 就職活動セミナーなどの講習会の受講 | 令和 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 | 令和 年 月 日現在 |
| 2 具体的な派遣先企業を提示 | 令和 年 月 日 |

（求職活動支援機関等）

ジョブスポットせとうち 股

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。

令和 ○ 年 8 月 26 日

利用者（求職者）氏名 瀬戸内 な ぎ さ

上記について相違ないこと証明する。 令和 ○ 年 8 月 26 日

機関等の名称 ジョブスポットせとうち
瀬戸内市邑久町尾張300番地1

所 在 地 瀬戸内市役所庁舎 1 階 電話番号 0869-22-5125

（求職活動支援機関等）

ジョブスポットせとうち 股

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。

令和 ○ 年 8 月 29 日

利用者（求職者）氏名 瀬戸内 な ぎ さ

上記について相違ないこと証明する。 令和 ○ 年 8 月 29 日

機関等の名称 ジョブスポットせとうち
瀬戸内市邑久町尾張300番地1

所 在 地 瀬戸内市役所庁舎 1 階 電話番号 0869-22-5125

（注）証明欄が不足する場合は、別葉にて提出してください。

求職活動中 2 枚目（2 年目以降）

①

（様式 072）利用者があらかじめ事前に日付等を記入してから、証明を依頼してください。

2 回目以降の一部支給停止適用除外届を行う受給者に対し、送付するもの。

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 令和 ○ 年 8 月 29 日現在
- ② 求人情報の提供 令和 ○ 年 8 月 26 日 / 8 月 29 日
- ③ 職業相談 令和 ○ 年 8 月 26 日 / 8 月 29 日
- ④ 求人企業の職業紹介 令和 ○ 年 8 月 29 日 / 月 日
- ⑤ 就職活動セミナーなどの講習会の受講 令和 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 令和 年 月 日現在
- 2 具体的な派遣先企業を提示 令和 年 月 日

（求職活動支援機関等）

ジョブスポットせとうち 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。

令和 ○ 年 8 月 26 日

利用者（求職者）氏名 瀬戸内 な ぎ さ

上記について相違ないこと証明する。 令和 ○ 年 8 月 26 日

機関等の名称 ジョブスポットせとうち
瀬戸内市邑久町尾張300番地1

所 在 地 瀬戸内市役所庁舎 1 階 電話番号 0869-22-5125

（求職活動支援機関等）

ジョブスポットせとうち 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。

令和 ○ 年 8 月 29 日

利用者（求職者）氏名 瀬戸内 な ぎ さ

上記について相違ないこと証明する。 令和 ○ 年 8 月 29 日

機関等の名称 ジョブスポットせとうち
瀬戸内市邑久町尾張300番地1

所 在 地 瀬戸内市役所庁舎 1 階 電話番号 0869-22-5125

（注）証明欄が不足する場合は、別葉にて提出してください。

(様式 7) 現在あなたが就職面接などを受けている場合、提出してください。

採用選考証明書

(採用選考を行った事業所)

自分で記入する

〇〇商店瀬戸内市役所前店 殿

私は、令和 〇 年 7 月 18 日に御社において、採用選考を受けました。

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。

令和 〇 年 7 月 31 日

求職者氏名 瀬 戸 内 な ん ざ

住 所 瀬戸内市邑久町尾張300番地1 〇〇荘101号室

事業所に記入してもらう

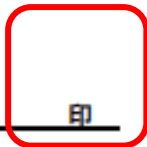
上記について相違ないこと証明する。

令和 〇 年 7 月 31 日

事業所の名称 〇〇商店瀬戸内市役所前店

所 在 地 瀬戸内市邑久町尾張300番地1

電 話 番 号 0869-22-1111



診断書は医師に作成してもらう

(様式8) かかりつけの医師に作成してもらい、提出してください。

診 断 書

患者氏名 瀬戸内 な ぎ さ

住 所 瀬戸内市邑久町尾張300番地1 〇〇荘101号室

生年月日 明・大・昭・平 〇 年 1 月 1 日

病 名 〇〇〇〇

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を〇印で囲んで下さい。

1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。

② 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

いずれかに該当しない
診断書は添付書類として
使用不可

上記のとおり診断する。

令和 〇 年 7 月 31 日

医療機関所在地
医 療 機 関 名
医 師 名

瀬戸内市邑久町山田庄845番地1
瀬戸内市民病院
瀬戸内 次郎

(様式) あなたが児童や親族の介護を行う必要があり、就労が困難である場合に提出してください。

証 明 書

自分で記入

(民生委員)

地 元 員 子 殿 ←地元の民生委員さんの名前

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、
下記について証明願います。

記

私は、瀬戸内 しお 続柄(母)の介護を行う必要があり、
※子の場合、「長男」などで記入
就労が困難な状態にあることを申し立てます。

令和〇 年 7 月 31 日

申立者氏名 瀬 戸 内 な ぎ さ

住 所 瀬戸内市邑久町尾張300番地1-〇〇荘101号室

上記について相違ないこと証明する。

地元の民生委員さんに
記入してもらう

令和〇 年 7 月 31 日 ←日付は当市発送日～提出までの間

民生・児童委員

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地〇〇

氏 名 地 元 員 子

印