

【記入例集】

Modelo de Preenchimento dos Formulários

- 封筒に入っている書類は、一人ひとり種類が異なります。必要書類はホチキス止めされていますので、ホチキスを外さずに記入し、提出してください。
- 封筒に入っていない書類は提出する必要がありません。
- ご自身の提出書類を確認し、記入例を参照のうえ必要箇所に記入してください。記入が終わりましたら、封筒に提出書類などを入れて郵送または窓口に出してください。
- Os documentos enviados (dentro do envelope) diferem conforme cada perfil. Os documentos necessários estão grampeados juntos, favor preencher e entregar sem desgrampear o maço.
- Não é necessário entregar outros tipos de documentos que não estão dentro do envelope.
- Seguindo o modelo de preenchimento, verificar com atenção se todos os documentos necessários estão devidamente preenchidos. Após preencher, enviar via correio ou entregar pessoalmente.

様式第六号（第四条関係）



※※ 整理番号 第 号 ※ 市区町村 豊橋市 年 月 日 5年等満了月 平成27年 7月

児童扶養手当現況届

令和 5年度分

1 証書番号 第 号	※ 既認定・新規認定	2 氏名	3 障害の有無	※ 第9条・第9条の2の区分	7 変更	○○ Banco ○○ Agência Depósito normal ○○○○ Toyohashi Hanako <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。
4 住所 豊橋市	5 職業又は勤務先名 Toyohashi Co. Ltd	6 勤務先所在地 Toyohashi-shi○○-cho○	ある・ない	前年度 9条・9条の2 今年度 9条・9条の2	有 ● 無	

Por favor preencha "2. Nome", "4. Endereço", "5. Nome de Ocupação ou Empregador" e "6. de Empregador".
 Se Você está atualmente desempregado, por favor escreva "desempregado" em "5. Nome de Ocupação ou " Empregador" e deixe "6. Localização de Empregador" em branco".

Por favor marque "7 Instituição Financeira de Pagamento" e se não há alterações, por favor círculo "Nenhum".
 Se você deseja mudar o conta, você vai precisa enviar um documento separado notificação de mudar das instituições financeiras, então por favor contato nós.

"11 Suporte Obrigatório" mostrará o Informação de o pessoa com o Altíssima renda quem mora em o mesmo endereço. Se lá não há suporte obrigação, um de o crianças vai ser mostrando.

Se lá é um erro no informações, risque o erro e correto isto.

Por favor preencha "25. Deficiência de pai ou mãe", "27. de público pensão ou sobrevivente compensação disponível para o criança descrito em 24 no evento de o morte de pai ou mãe" e "28. público pensão status do recebimento".
 (Se você não é recebendo um público pensão, por favor círculo o resposta como mostrado na exemplo.)

Por favor ser certifique-se de assinar.
 (Selo é não)

4 年分所得	8 受給者	9 孤児等の養育者	10 配偶者	11 扶養義務者	16 障害者	17 障害者除	24 本年対象児童	25 父又は母の障害について	27 父若しくは母の死亡に関し24に記載	28 受給者の公的年金受給状況	29 受給者が障害基礎年金等を受けることができる場合における受給者が受けることができる公的年金	30 受給者が障害基礎年金等を受けることができる場合における受給者が受けることができる公的年金	※ 添付書類
							Ichiro Toyohashi Jiro Toyohashi	1 (ア) 受給状況 2 (イ) 受給状況 3 (ウ) 受給状況	1 受けることができる } 2 支給停止 } 3 受けることができない }	1 受けることができる } 2 支給停止 } 3 受けることができない }	1 受けることができる } 2 支給停止 }	本年又は前年の被災の有無	

Se você ter um endereço em Toyohashi Cidade, você não precisa enviar uma cópia de seu residência certificado ou renda certificado. No entanto, se não conseguimos verificar seu identidade durante o triagem processo, você poderia ser pediu para enviar esses documentos Separadamente.

Hanako Toyohashi

©裏面をよく読んでから記入してください。 ※, ※※の欄

遺児手当所得状況届

↓提出をする(予定)日

令和 6年 8月 1日

愛知県知事殿

Por favor, certifique-se de assinar.
(Não é necessário selo)

氏名 豊橋 花子

(電話番号 000-0000-0000)

令和 5 年分の所得状況は、次のとおりです。

区分	認定番号	処理	※市区町村受付	※※ 年 認定機関
R	G	12 13 3 0 15 16	年 月 日	22 24 0

あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について

① 36 37 5 0 2 年分所得	② 受給者 所得申告 39 1	③ 配偶者 所得申告 128	④ 扶養義務者 所得申告 227 1
氏名(漢字)	所得申告有りの場合 ' 1	豊橋 太郎	続柄 (父)
⑤ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(受給者については、70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数)のうち特定扶養親族等の数)	合計数 40 人	合計数 150 人	合計数 260 人
⑥ ⑤以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童	合計数 42 人	合計数 161 人	合計数 262 人
所得額	⑦ 都道府県民税の総所得額	17 円	27 円
控除	⑧ 障害者控除額 (人)は控除対象配偶者及び扶養親族の数 (該当:○)	17 円	27 円
除	⑩ 寡夫(婦)等控除額	18 円	28 円
	⑪ 配偶者特別控除額	194 円	295 円
	⑫ 社会保険料控除 生命保険料控除等相当額	36 103195 円	303 202296 円
	⑬ その他の控除額	104 111203 円	311 210304 円
	⑭ 控除後の所得額	112 119211 円	319 218312 円
	所得制限限度額	120 127219 円	327 226320 円

• endereço
• Nome do Destinatário
• Instituição financeira de pagamento
• Nome do órfão
Por favor verifique o seguinte.
Se houver algum erro nas informações Corrija-o apagando-o com uma linha dupla.

④ Serão inseridas informações sobre a pessoa com 16 anos ou mais de idade e maior renda no mesmo endereço como pessoa de apoio.

住所 豊橋市今橋町1番地2 メゾン今橋000号

受給者氏名 豊橋 花子 生年月日 328 1 明治 2 大正 329 4 昭和 (平成) 02年 03月 04日

支金融機関 豊橋銀行-今橋

口座番号 普通預金 1 2 3 4 * * * 遺児数 3 人

遺児の氏名 豊橋 一郎 平成17年 6月 1日
生年月日 豊橋 二郎 平成18年 5月 1日
豊橋 夏子 平成19年 4月 1日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

豊橋市長 浅井 由崇

※ 届出状況
①. 児童扶養手当同時届出 2. 遺児手当 単独届出 (見込証書番号)

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2. 受給者の欄は受給者が父又は母である場合は、寡婦控除及びひとり親控除の額は控除しないものとする。
3. 扶養義務者の欄は、受給者と受給者の扶養義務者で受給者と生計を同じくしている者(受給者が養育者である場合は、その生計を維持している者)があるときに、その前年の控除後の所得額が最も高額になる者について記入すること。
5 ※欄は市町村、※※欄は県で記載すること。



豊橋市母子父子福祉手当所得状況届

↓提出をする(予定)日

豊橋市長 浅井

Por favor, certifique-se de assinar.
(Não é necessário selo)

令和 6年 8月 3日

名 豊橋 花子

令和 5 年分の市民税における所得状況は、次のとおりです。

認定番号	第 〇〇〇〇〇 号					
受給資格者	豊橋市 今橋町1番地2 メゾン今橋〇〇〇号 豊橋 花子 電話 090-1234-〇〇〇〇					
区分	氏名	続柄	扶養親族等の数	所得額	控除の種類及び額	控除後の所得額
受給者	Serão apresentadas informações sobre a pessoa com maior rendimento no mesmo endereço para a pessoa de apoio.		親族等 うち老人 うち特扶	• endereço • Nome do Destinatário • Instituição financeira de pagamento • Nome das crianças Por favor verifique o seguinte. Se houver algum erro nas informações Corrija-o apagando-o com uma linha dupla.		円
配偶者			親族等 うち老人			円
扶養義務者		豊橋 太郎	父		扶養親族等 うち老人	
支払金融機関	金融機関名 豊橋銀行一今橋 口座種別 普通預金 口座番号 1234**** 口座名義人 トヨハシ ハナコ					
児童	氏名	続柄	生年月日			
	トヨハシ イチロウ 豊橋 一郎	長男	平成18年 6月 1日			
	トヨハシ ジロウ 豊橋 二郎	二男	平成19年 5月 1日			
	トヨハシ ナツコ 豊橋 夏子	長女	平成20年 4月 1日			

あなたと子ども全員分の保険証のコピーを添付してください。

Anexe as cópias dos cartões do seguro de saúde de todos os beneficiários.

Mangyaring maglakip ng kopya ng mga Health Insurance card mo at ng iyong anak.

Please attach a copy of your and your child's insurance cards.

母子父子家庭等医療費受給者証更新申請書（記入例）

豊橋市長様

令和 年 月 日

<申請者> 住所 豊橋市
(保護者) 氏名
電話

各欄の印字内容を確認してください。
間違いのある場合は二重線で消し、
修正してください。

※子ども医療受給者証や障害者医療
受給者証をお使いの方は受給有無の
欄は「無」となります。

所得等の公簿の閲覧に関して、所定の申請権限を豊橋市長に委任します。

しなくなった場合は、速やかに

用した場合は、その医療費を返還

た分に係る高額療養費の申請手続及び受領の一切を豊橋市長に委任します。

。

記

保護者の住所、氏名、電話番号、申請書
記入日を記入してください。

受給者	氏名	生年月日	受給者番号	受給有無	保険の加入状況
給	豊橋 花子	昭和50年1月1日	802123456	有	記号/番号 /0111111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
	豊橋 豊男	平成20年1月1日	802234567	有	記号/番号 /0111111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
	豊橋 豊子	平成29年1月1日	802345678	無	記号/番号 /0111111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
者					記号/番号 /

印字されている健康保険証の内容を確認して、変更
がなければ「変わっていません」にレ点を、変更が
あれば「変わりました」にレ点をつけてください。
※変更の有無に関わらず、全員分の保険証の写しを
添付してください。

要件	1. 死亡	2. 離婚	3. 生死不明	4. 遺棄	5. 海外	6. 重度の障害
	7. 拘禁	8. 未婚の母等	9. 父母のいない児童	0. その他 ()		

現在有効な健康保険証の内容は、上記の内容と
 変わっていません。
 変わりました。

<金品等（養育費）に関する申告>

以下のとおり相違ありません。

令和5年1月～12月までの1年間に受け取った養育費（1年の合計金額） なし・あり (円)

※ 確認公簿 等	適	否
<input type="checkbox"/> 戸籍、住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 国保台帳 <input type="checkbox"/> 市民税課税台帳 <input type="checkbox"/> 障害者手当等台帳	<input type="checkbox"/> 知的障害者名簿 <input type="checkbox"/> 戦傷病者カード <input type="checkbox"/> 児扶・県・市手当台帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	

児童の父（父子家庭の場合は児童の母）から養育費
をもらっていない場合は「なし」に○をつけてくだ
さい。養育費をもらっている場合は「あり」に○を
つけて、金額も記入してください。

※<手当の申請状況>

児童扶養手当 県遺児 豊橋市母子父子福祉

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

<申請に際しての必要事項>チェック項目を確認して、レ点をつけてください。

提出前にもう一度確認をし、チェック
をしてください。記入漏れ、添付漏れ
がある場合は受付できません。

金品等（養育費）に関する申告の記入は済みですか (受給要件が「離婚」・「未婚」の方のみ)	✓	市県民税の所得申告は済みですか (まだ済んでいない方は市民税課へ)	✓
(令和6年1月1日に豊橋市に住民票がなかった方へ) 受給資格の審査をするため、豊橋市が必要な税情報の 公簿等の確認を行うことに同意しますか	✓	健康保険証のコピーは添付してありますか	✓

確 認 調 書

1. 同居者 ※同居者が4人以上いる場合は裏面へご記入ください。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">氏 名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 45%;">氏 名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>豊橋 一郎</td> <td>子</td> <td>豊橋 太郎</td> <td>父</td> </tr> <tr> <td>豊橋 二郎</td> <td>子</td> <td>豊橋 英子</td> <td>母</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">※通学等で別居している者がいる場合は下欄にご記入ください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名 豊橋 夏子 続柄 子</td> <td style="width: 50%;">氏名 _____ 続柄 _____</td> </tr> </table>	氏 名	続柄	氏 名	続柄	豊橋 一郎	子	豊橋 太郎	父	豊橋 二郎	子	豊橋 英子	母	氏名 豊橋 夏子 続柄 子	氏名 _____ 続柄 _____
氏 名	続柄	氏 名	続柄												
豊橋 一郎	子	豊橋 太郎	父												
豊橋 二郎	子	豊橋 英子	母												
氏名 豊橋 夏子 続柄 子	氏名 _____ 続柄 _____														
2. 住居状況	<p>○月収 _____ 続柄 _____ Certifique-se de que não haja omissões por favor confirme. _____ 続柄 _____</p> <p style="text-align: right;">※ローンが残っている場合に限る</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 借家（寮） 契約者氏名 <u>豊橋 花子</u> 続柄 本人 家賃等の支払者氏名 <u>豊橋 花子</u> 続柄 本人 家賃（駐車場代、共益費） 月額 <u>50,000</u> 円</p> <p>○ライフライン（電気・ガス・水道）の契約者等 契約者氏名 <u>豊橋 花子</u> 続柄 本人 ライフラインの支払者氏名 <u>豊橋 花子</u> 続柄 本人</p>														
3. 就労状況等	<p>○就労状況</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 就労中 { 月収 : <u>15</u> 万円 } 雇用形態: <u>正規社員</u> ・ 非正規社員</p> <p><input type="checkbox"/> 未就労（理由: _____）</p> <p>○就労以外の収入（該当するものをすべてチェック）</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 公的年金【 障害・遺族・老齢・その他 】</p> <p><input type="checkbox"/> その他（親族等からの援助等）（援助者との関係 _____）</p>														
4. 確認・同意事項 ※必ず各項目を確認した上で、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<p><input checked="" type="checkbox"/> 公的年金（障害、遺族、老齢、年金の子加算など）を受給し、かつ、年金受給期間と児童扶養手当等の受給期間が重なるときには、<u>同手当の支給額が差額支給となること。</u> 例) 児童扶養手当月額 42,500 円・公的年金月額 30,000 円の場合は、同手当は減額され、支給額は 12,500 円となります。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給者や同居の世帯員に状況の _____ に市に報告しなければならないこと。 例 1) 居住地を変えた、病気の _____ 例 2) 同居する世帯員が減った _____ (同居の親族が転居した等) 例 3) 同居する世帯員が増えた _____ (結婚、出産をした等)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給者や手当の対象児童が婚姻（同棲等の事実婚を含む。）をしたときは、児童扶養手当等の資格が喪失等になること。 <u>受給者や手当の対象児童が婚姻したとき、または事実上の婚姻状況となったときには、必ず市役所へ申し出ること。</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> これらの届出が遅れたりすると、手当が止まることや返さないといけない場合があること。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給資格を審査するため、私や扶養義務者等について公簿及びマイナンバーによる所得状況や年金情報等を _____、物価スライドによる公的年金の額改定に関しては、確認した改定 _____ 当月額改定を行うことに同意します。</p>														
上記 1~3 の内容に間違い	<p style="text-align: center;">Por favor, certifique-se de assinar. (Não é necessário selo)</p> <p style="text-align: right;">氏名 豊橋 花子</p>														

Exemplo de entrada

養育費等に関する申告書

※市区町村名 豊橋市

※受付年月日 令和 年 月 日

○前年（1月から12月までの1年間）に受け取った養育費について、裏面の記入要領に従い、受け取った月ごとに記入して下さい。

養育費を支払った者

受取人

離婚した年月日など

養育費として受け取った額（令和 5 年分）

今橋 太郎

母 又は 父 ・ 児童

平成・令和 30年 1月 1日

1月	0円	7月	10,000円
2月	0円	8月	10,000円
3月	0円	9月	10,000円
4月	10,000円	10月	10,000円
5月	10,000円	11月	10,000円
6月	10,000円	12月	10,000円

Se você não está recebendo pensão alimentícia
Por favor escreva "O yen" e envie.

小計 90,000円

離婚した年月日など

養育費として受け取った額（令和 年分）

母 又は 父 ・ 児童

平成・令和 年 月 日

1月	円	7月	円
2月	円	8月	円
3月	円	9月	円
4月	円	10月	円
5月	円	11月	円
6月	円	12月	円

小計 円

Por favor, insira a data (agendada)
de envio.

合計 母又は父 90,000円
児童 円

上記のとおり相違ありません。

令和 6 年 8 月 3 日

Por favor, certifique-se de assinar.
(Não é necessário selo)

氏名 豊橋 花子

(注) 1 認定請求の際に本申告書を提出する場合において、前年（1月から9月までの間に請求する者にあつては、前々年とする。）中に支給要件に該当するに至った場合は、その支給要件に該当するに至った日以降に受け取った額を記入して下さい。

2 上記の※の欄は、市区町村担当者が記入するので、記入する必要がありません。

※ この申告書は、前年中にあなたが養育費を受け取っていた場合、児童扶養手当額を決定する上で必要なものです。虚偽の申告により手当を受け取った場合には、児童扶養手当法第23条により、受給額に相当する全部または一部を徴収することがあります。また正当な理由がなく職員の質問や資料提出に応じなかった場合、児童扶養手当法第14条により手当の支給が差し止められる場合があります。

（ 表 面 ）

※※第 号		※ 経 由 町 村 名		※ 市区町村 受付年月日 令和 年 月 日	
※ 町 村 令和 年 月 日		※ 町 村 令和 年 月 日		※ 町 村 令和 年 月 日	
提 出 第 号		再 提 出 第 号			
<u>児童扶養手当一部支給停止適用除外事由届出書</u>					
(ふりがな)	とよはし はなこ				
氏 名	豊 橋 花 子 (昭和・平成) 2年 3月 4日生		証書番号	第	号
住 所	豊橋市 今橋町1番地				
次の（１）から（４）までの中から該当する児童扶養手当の一部支給停止適用除外事由を○で囲み、その事実を明らかにできる書類を添えてください。					
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>(1) 就業していること</p> <p>(2) 障害の状態にあること</p> <p>(3) 疾病、負傷又は要介護状態により就業すること</p> <p>(4) 監護する児童又は親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることその他これに類する事由（ ）により、これらの者の介護を行う必要があり就業等が困難である。</p> </div> <div style="flex: 2; background-color: #e0e0e0; padding: 10px; border: 2px solid black;"> <p>Este documento deve ser apresentado anualmente. (O envio é obrigatório mesmo que todos os pagamentos estejam suspensos)</p> </div> </div>					
上記のとおり、児童扶養手当一部支給停止適用除外事由について届け出ます。					
令和 6 年 8 月 1 日					
豊橋市長 殿			氏名 豊 橋 花 子		
※ ※ 通 知		令和 年 月 日		第 号	
備 考					

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※、※※の欄には記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(裏 面)

注 意

1 この届出書は、手当の支給開始月の初日から起算して5年又は手当の支給要件に該当する日の属する月の初日から起算して7年を経過した日（児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第6条第1項の規定により認定の請求をした日において3歳未満の児童を監護する受給資格者にあつては当該児童が3歳に達した日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した日）の属する月の翌月以降において、手当の一部支給停止適用除外を受けようとするときに、その年の8月1日（一部支給停止適用除外を受けようとする月（以下、「適用除外事由発生月」という。）が8月から10月までのいずれかの月であるときはそれぞれその3月前の月の初日、1月から7月までのいずれかの月であるときはその前年の8月1日）から適用除外事由発生月の末日（適用除外事由発生月が8月であるときは、9月30日）までの間に出してください。なお、その年の8月（適用除外事由発生月が1月から7月までのいずれかの月であるときは、その前年の8月）に、児童扶養手当現況届と併せて出すことができます。

また、手当の一部支給停止適用除外事由に該当する間は、毎年8月1日から同月31日までの間に出してください。

2 この届出書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

- (1) 就業していること又は求職活動等の自立を図るための活動をしている場合は、以下イからホまでのいずれかの書類
 - イ 雇用契約書の写し又は受給資格者が事業主であること若しくは在宅就業等を行っていることを明らかにできる書類
 - ロ 公共職業安定所、母子家庭等就業支援事業を実施する機関又は職業紹介事業者において就職に関する相談等を受けたことを明らかにできる書類
 - ハ 求人者に面接したことその他の就業するための活動を行っていることを明らかにできる書類
 - ニ 公共職業能力開発施設、専修学校等に在学していることその他の職業能力の開発及び向上を図っていることを明らかにできる書類
 - ホ 都道府県知事、市長（特別区の区長を含む。）、福祉事務所を管理する町村長が行う就業に関する相談、情報の提供、助言又は支援を受け、就業し、求職活動をし、又はその他の自立を図るための活動を行ったことを明らかにできる書類
- (2) 児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）別表第一に掲げる障害の状態にある場合は、以下の書類
 - イ 児童扶養手当法施行令別表第一に掲げる障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書
 - ロ エックス線直接撮影写真（呼吸器系結核、肺えそ、肺のうよう、けい肺（これに類似するじん肺症を含みます。）、じん臓結核、胃かいよう、胃がん、十二指腸かいよう、内臓下垂症、動脈りゅう、骨又は間接結核、骨ずい炎、骨又は間接損傷、その他の傷病に係る障害である場合に限る。）
- (3) 疾病、負傷又は要介護状態にあることその他これに類する事由により就業することが困難である場合は、以下の書類
医師又は歯科医師の診断書その他の疾病、負傷又は要介護状態にあることにより受給資格者が就業することが困難であることを明らかにできる書類
- (4) 監護する児童又は受給資格者の親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることその他これに類する事由により受給資格者がこれらの者の介護を行う必要があり就業等が困難である場合は、以下イ及びロの書類
 - イ 医師又は歯科医師の診断書その他の監護する児童又は受給資格者の親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることにより介護が必要であることを明らかにできる書類
 - ロ 当該監護する児童又は受給資格者の親族を受給資格者が介護する必要があることにより就業等が困難であることを明らかにできる書類

3 表面の(3)及び(4)の「その他これに類する事由」に該当する場合は（ ）内を記入してください。

4 この届出書は、市役所、区役所又は町村役場に出してください。この届出書について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

雇 用 証 明 書

雇用している者	<p>Se você recebeu um cartão de seguro do seu local de trabalho, poderá omitir outros documentos anexando uma cópia do cartão de seguro.</p>
雇用期間	<p>S · H · R 年 月 日 から S · H · R 年 月 日</p>

Se a data final do período de trabalho for indeterminada, deixar em branco.

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 年 月 日

事業所の名称
代表者氏名

⑩

所在地
電話番号

(Tel — —)

自 営 業 従 事 申 告 書

従事している 自営業の種類・内容	
事業所の 名称	Por favor preencha todos os itens.
所在地 電話番号	
	(Tel — —)
従事開始 年月日	S・H・R 年 月 日

豊橋市長 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 豊橋市

(様式6)

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○印で囲んでください。(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。
7. その他 ()

Anexe um certificado de utilização de uma organização de apoio
à procura de emprego ou um certificado de seleção de emprego.

豊橋市長 殿

私の求職活動等の状況について、上記のとおり申告する。

令和 6 年 8 月 1 日

(児童扶養手当受給資格者氏名) 豊橋 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7)を、6に該当する方は、「採用選考証明書」(様式8)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、求職活動申告書中、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。

(様式9)

診 断 書

患者氏名 _____

住所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

病名 _____

<病状> (い)

Se você não puder trabalhar por um longo período devido a lesão ou doença, peça ao seu médico que preencha este atestado médico.

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 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。

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 _____

(様式7の1) 新規用

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 | 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 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 |

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 | 月 日 |

(機関等の名称) 殿

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

令和 年 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。

令和 年 月 日

機関等の名称

所在地

印

(Tel - -)

(機関等の名称) 殿

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

令和 年 月 日

利用者(求職者)氏名

上記につ

令和

機関

所在地

Caso utilize duas instituições de apoio, utilize também este campo.

(注) 証明欄が不足する場合は、別葉にて提出してください。

採用選考証明書

(採用選考を行った事業所) _____ 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。

Preencha você mesmo.

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 ____ 年 ____ 月 ____ 日

求職者氏名 _____

住所 _____

上記について相違ないことを証明する。

令和 ____ 年

A empresa irá preenchê-lo e certificá-lo.

事業所の名称 _____ 印

所在地 _____
(Tel _____)

Exemplo de entrada

母子父子福祉手当 ^{減額} ^{喪失} 適用除外事由届出書

令和 5 年 8 月 3 日

豊橋市長 様

氏名 豊橋 花子

次のとおり、母子父子福祉手当 ^{減額} ^{喪失} 適用除外事由について届け出ます。

(ふりがな)	とよはし はなこ		
氏名	豊橋 花子 (昭和 <u>平成</u> 2年 3月 4日生)	認定番号	第 号
住所	豊橋市 <u>今橋町1番地</u>		
<p>次の(1)から(5)までの中から該当する母子父子福祉手当の減額・喪失適用除外事由を○で囲み、その事実を明らかにできる書類を添えてください。</p> <p><input checked="" type="radio"/> (1) 求職活動等の自立を図るための活動をしている。</p> <p>(2) 障害の状態にある。</p> <p>(3) 疾病、負傷又は要介護状態にあることその他これに類する事由 () により就業することが困難である。</p> <p>(4) 監護する児童又は親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることその他これに類する事由 () により、これらの者の介護を行う必要があり就業等が困難である。</p> <p>(5) その他 ()</p>			
備考			
受付簿		見出簿	
		台帳	
		※受付年月日	年 月 日

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。
◎※の欄には記入する必要はありません。

注意

- 1 この届出書は、手当の支給開始月の初日から起算して3年又は5年を経過し、手当の減額等適用除外事由に該当した日の属する月（以下「3年等満了月」という。）の末日までの間に出してください。ただし、市長が行う就業に関する相談、情報提供若しくは助言又は支援を受け、2の（1）に掲げる活動を行った場合については3年等満了月の翌月の末日までの間に出してください。

また、手当の減額等適用除外事由に該当する間は、毎年8月1日から同月31日までの間に出してください。

- 2 この届出書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

- （1） 求職活動等の自立を図るための活動をしている場合は、以下アからエまでのいずれかの書類

ア 公共職業安定所、母子家庭就業支援事業を実施する機関又は職業紹介事業者において就職に関する相談等を受けたことを明らかにできる書類

イ 求人者に面接したことその他の就業するための活動を行っていることを明らかにできる書類

ウ 公共職業能力開発施設、専修学校等に在学していることその他の職業能力の開発及び向上を図っていることを明らかにできる書類

エ 市長が行う就業に関する相談、情報の提供、助言又は支援を受け、就業し、求職活動をし、又はその他の自立を図るための活動を行ったことを明らかにできる書類

- （2） 児童扶養手当法施行令別表第一に掲げる障害の状態にある場合は、以下の書類

ア 児童扶養手当法施行令別表第一に掲げる障害の状態に関する医師又は歯科医師の診断書

イ エックス線直接撮影写真（呼吸器系結核、肺えそ、肺のうよう、けい肺（これに類似するじん肺症を含みます。）、じん臓結核、胃かいよう、胃がん、十二指腸かいよう、内臓下垂症、動脈りゅう、骨又は間接結核、骨ずい炎、骨又は間接損傷その他の傷病に係る障害である場合に限り。）

- （3） 疾病、負傷又は要介護状態にあることその他これに類する事由により就業することが困難である場合は、以下の書類

ア 医師又は歯科医師の診断書その他の疾病、負傷又は要介護状態にあることにより受給資格者が就業することが困難であることを明らかにできる書類

- （4） 監護する児童又は受給資格者の親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることその他これに類する事由により受給資格者がこれらの者の介護を行う必要があり就業等が困難である場合は、以下の書類

ア 医師又は歯科医師の診断書その他の監護する児童又は受給資格者の親族が障害の状態にあること又は疾病、負傷若しくは要介護状態にあることにより介護が必要であることを明らかにできる書類等及び受給資格者が当該児童又は親族を介護する必要があることを明らかにできる書類

- （5） その他市長が特別の事由があると認める場合は、以下の書類

ア 市長が必要と認める書類

- 3 表面の（3）、（4）又は（5）のその他これに類する事由等に該当する場合は（ ）内を記入してください。

- 4 この届出書は、市役所子育て支援課に出してください。この届出書について分からないことがありましたら、市役所子育て支援課にお問い合わせください。

求職活動等申告書

あなたの求職活動等の状況について、該当する番号を○印で囲んでください。(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。
- (7) その他、()

Anexe também um certificado de utilização de uma organização de apoio à procura de emprego ou um certificado de seleção de emprego.

豊橋市長 殿

上記のとおり、

令和 5 年 8 月 3 日

(母子父子福祉手当受給資格者氏名) 豊橋 花子

印

※ 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2)を、(6)に該当する方は、「採用選考証明書」(様式3)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。

診 断 書

患者氏名 _____

住所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

病名 _____

<病状> (い)

Se você não puder trabalhar por um longo período devido a lesão ou doença, peça ao seu médico que preencha este atestado médico.

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 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。

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

印

求職活動支援機関等利用証明書

あなたの求職活動支援機関等の利用状況について、該当する番号を○印で囲み、直近の年月日を記入してください。

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 | |
| (3) 職業相談 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| (4) 求人企業の職業紹介 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| (5) 就職活動セミナーなど講習会の受講 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |

II 労働者派遣

escreva você mesmo

- | | | | | | |
|------------------|----|---|---|---|----|
| (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 | |

(機関等の名称)

殿

母子父子福祉手当の受給に係る資料として豊橋市へ提出するため、上記について証明願います。

令和 年 月 日

利用者（求職者）氏名 _____ 印

住所 豊橋市 _____

上記について相違ないことを証明する。

令和

A empresa irá preenchê-lo e certificá-lo.

機関等の名称 _____ 印

所在地 _____

(Tel _____)

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。

escreva você mesmo

母子父子福祉手当の支給について証明願います。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

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。

令和

A empresa irá preenchê-lo e certificá-lo.

事業所の名称 _____ 印

所在地 _____
(Tel _____)