

母子父子福祉手当 ^{減額}_{喪失} 適用除外事由届出書

令和 ○年 ○月 ○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 ○○町一丁目1番地○アパート101		
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。 (1) 求職活動等の (2) 障害の状態に (3) 疾病、負傷又は (4) 監護する児童 (5) その他 (いずれかの理由に該当する場合は、毎年提出する 必要があります。 (全部支給停止の方でも提出が必要です) いずれの理由にも該当しない場合は、提出不要です。 (手当が減額または喪失となります) に の者			
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

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、市役所こども家庭課にお問い合わせください。

記入例

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

（

2 母子家庭

・母子

（

3 公共職業安定所（ハローワーク）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（

）

求職活動支援機関等利用証明書 もしくは
採用選考証明書を添付してください。

令和8年8月1日以降の日付で
記入してください

求職活動等の状況について、上記のとおり

令和 ○年 ○月 ○日

氏 名

豊橋 花子

豊 橋 市 長 殿

必ず署名してください。

署名がない場合は不備となるため
再提出をお願いします。

（押印は不要です）

（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利用証明書」を、6に該当する方は、「採用選考証明書」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。

記入例

診 断 書

患 者 氏 名	
住 所	豊橋市 (建物名・部屋番号)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
病 病	ご自身が負傷又は疾病等により長い間就業できない状況にある場合は、かかりつけの主治医に本診断書を記入してもらってください。
医 師 の 意 見	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

令和8年8月1日以降の日付で
診断書をお願いください

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 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) 豊橋公共職業安定所 殿

豊橋市母子父子福祉手当の受給について証明願います。

令和 ○年 ○月 ○日

令和8年8月1日以降の日付で

記入してください

利用者（求職者）氏名 豊橋 花子

上記について

令和

機関等

所在地

求職活動支援機関の記入欄

実際に利用している求職活動支援機関に

証明をお願いしてください。

印

—

)

記入例

採用選考証明書

(採用選考を行った事業所)		豊橋〇〇会社	殿
私は、令和 〇年 〇月 〇日に		提出月の前々月以降に選考を受けたものが対象となります (8月提出の場合は6月以降)	
豊橋市母子父子福祉手当の受給に係る資料で、上記について証明願います。		令和8年8月1日以降の日付で記入してください	
氏 名	豊 橋 花 子		
住 所	豊橋市 〇〇町一丁目1番地 (建物名・部屋番号) 〇アパート101		

上記について相違ないことを証明する。

令和

採用選考（面接等を受けた）会社の記入欄

実際に採用選考を受けた会社に証明をお願いしてください。

印

(事業所印)

(電話 - -)