

【記入例集】

- 封筒に入っている書類は、一人ひとり種類が異なっています。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を記入してください。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。



※※ 受理番号 第 号 ※※ 市区町村 豊橋市

※※ 提出年月日 令和7年 7月

児童扶養手当現況届

令和 5年度分

1 児童番号	2 氏名	3 障害の有無	※第9条・第9条の2の区分 前年度 9条・9条の2 今年度 9条・9条の2	7 変更 支払金融機関 有 無	〇〇銀行〇〇支店 普通預金 〇〇〇〇 トヨハシ ハナコ 「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 (株)トヨハシ	6 勤務先所在地 豊橋市〇〇町〇〇番地	TEL 0532-51-2320		
8 支給額	「2氏名」と「4住所」「5職業又は勤務先名」「6勤務先所在地」を記入してください。 現在無職の場合は「5.職業又は勤務先名」に無職と記入し「6勤務先所在地」は未記入としてください。 「7支払金融機関」を確認し、変更がない場合は「無」に○をしてください。 口座を変更したい場合は別途、金融機関変更の届出が必要となりますので、お問い合わせ下さい。 ※公金受取口座を利用されたい方は別途手続きが必要です。ご連絡ください。				
10 児童番号	「11扶養義務者」には同住所にいる一番所得の高い方の情報が表示されます。対象児童以外に同居者がいない場合は、児童の一人が表示されます。				
11 扶養義務者	24 本年対象児童の1人	長男	国籍・別居	離婚	
24 本年対象児童の1人	豊橋 一郎	二男	同籍・別居	離婚	
25 父または母の障害について	「25父または母の障害について」「27父若しくは母の死亡に関し24に記載した児童が受けることができる公的年金または遺族補償の受給状況」「28受給者の公的年金受給状況」を記入してください。 (公的年金を受給していない方は、記入例のとおり○をしてください)				
25 父または母の障害について	記載内容に誤りがある場合は二重線で消し修正してください。 (押印は不要です)				
27 父若しくは母の死亡に関し24に記載した児童が受けることができる公的年金または遺族補償の受給状況	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)				
28 受給者の公的年金受給状況	令和7年 8月 1日 ←提出をする(予定)日 豊橋市長 後 井 田 崇 豊橋 花子				
※ 添付書類	豊橋市に住所がある方は、住民票の写しや所得証明書の提出は不要です。ただし、審査の中で確認ができない場合は、別途提出していただくことがあります。				

市町村受付印

愛知県知

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)

県受付印

状況届

提出をする(予定)日
令和 7 年 8 月 1 日

氏名 豊橋 花子

(電話番号 000-0000-0000)

令和 6 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
1 F G		1213 3 0 15 16		22 24 0
34 1 7	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 5 0 2	年分所得	② 受給者 所得申告 1	③ 配偶者 所得申告 128	④ 扶養義務者 所得申告 1
氏 名(漢 字)		所得申告有りの場合 1 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 合計数 40 人 (老) 42 人 (特扶) 44 人 児童数 46 人 合計数 159 人 (老) 161 人 合計数 258 人 (老) 260 人 合計数 262 人 (老) 262 人		
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)		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
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		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑦ 都道府県民税の総所得額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑧ 所得額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑨ 障害者控除額(人)は控除対象配偶者及び扶養親族の数		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑩ 寡夫(婦)等控除額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑪ 配偶者特別控除額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑫ 社会保険料控除		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑬ 生命保険料控除等相当額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑭ その他の控除額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
⑮ 控除後の所得額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
所得制限限度額		氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字) 氏 名(漢 字)		
住 所 豊橋市 今橋町 1 番地 2 メゾン今橋〇〇〇号				
受給者氏名 豊橋 花子		生年月日 328 1 明治 2 大正 329 1 昭和 4 平成 02 年 03 月 04 日		
支 払 金 融 機 関 豊橋銀行ー今橋				
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19年 6月 1日		
生年月日 豊橋 二郎		平成20年 5月 1日		
豊橋 夏子		平成21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				
※ 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)				

・住所

・受給者氏名

・支払金融機関

・遺児の氏名

などを確認してください。

記載内容に誤りがある場合は
二重線で消し修正してください。

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 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

3. 扶養義務者の欄は、受給者の扶養義務者で受給者と生計を同一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。

豊橋市長

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)



所得状況届

↓提出をする(予定)日
令和 7 年 8 月 1 日

名 豊橋 花子

令和 6 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	扶養義務者には、同居 所にいる一番所得の高 い方の情報が表示され ます。			・住所 ・受給者氏名 ・支払金融機関 ・児童の氏名 などを確認してください。 記載内容に誤りがある場合は 二重線で消し修正してください。			円
配偶者			扶養親族等 (うち老人)				円
扶養義務者	豊橋 太郎	父	扶養親族等 (うち老人)				円
支払金融機関	金融機関名 豊橋銀行ー今橋 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19年 6月 1日			
	トヨハシ ジロウ 豊橋 二郎		二男	平成20年 5月 1日			
	トヨハシ ナツコ 豊橋 夏子		長女	平成21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 今橋町I番地

(保護者) 氏名 豊橋 花子

電話 090-1234-0000

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。

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。

記

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
	豊橋 花子	昭和50年1月1日	802123456	有	記号/番号 /011111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
給	豊橋 一郎	平成20年1月1日	802234567	有	記号/番号 /011111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
	豊橋 夏子	平成29年1月1日	802345678	無	記号/番号 /011111 保険者名 豊橋市 国民健康保険
					記号/番号 /
者					

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

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 名等	適 否	
	☐ 戸籍、住民基本台帳 ☐ 国保台帳 ☐ 市民税課税台帳 ☐ 障害者手当等台帳	☐ 知的障害者名簿 ☐ 戦傷病者カード ☐ 児扶・県・市手当台帳 ☐ 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ましたか （受給要件が「離婚」・「未婚」の方のみ）	✓	市県民税の所得申告は済んでいますか （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名以上いる場合は裏面にご記入ください。

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

※通学などで別居している方がいる場合は下欄にご記入ください

氏名	豊橋 夏子	続柄	子	氏名		続柄	
----	-------	----	---	----	--	----	--

2
住居状況

●居住している物件の契約者など

記入もれがないように
確認してください。

☐ 持家

名※

続柄

続柄

※ローンが残っている場合に限る

☒ 借家

豊橋 花子

続柄

本人

家賃などの支払者氏名

豊橋 花子

続柄

本人

家賃（駐車場代、共益費含む）

月額

52,300

円

●ライフライン（電気・ガス・水道）の契約者など

契約者氏名

豊橋 花子

続柄

本人

ライフラインの支払者氏名

豊橋 花子

続柄

本人

3
就労
状況など

●就労状況

☐ 就労中

（月 収

15

万円）

雇用形態

☒ 正規社員

☐ 非正規社員

☐ 自営業（家業）

☐ 内職

☐ その他

☐ 未就労（理由

_____）

●就労以外の収入（該当するものすべてにチェック）

☐ なし

☐ 養育費

☐ 公的年金（☐ 障害 ☐ 遺族）

☐ 親族からの援助など（援助者との関係

_____）

☐ 生活保護費（担当

_____）

パート・アルバイトをしている方は
「非正規社員」を選択してください。

4
確認・
同意事項

☒ 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などの受給期間が重なるときには、児童扶養手当の支給額が差額支給となるため、公的年金を受給している場合、または受給することが決まった場合は、必ず市に報告すること。
例）児童扶養手当月額 46,690 円、公的年金月額 30,000 円の場合、児童扶養手当支給額は 16,690 円

各項目を確認して
☒ を記入してください。

☒ 受給者や同居の世帯員に状況変化が生じた場合は、必ず市に報告すること。
例 1）転居した、病気により世帯員が変更されたなど
例 2）同居する世帯員が減った（親族が転居したなど）、同居の親族が転居したなど
例 3）同居する世帯員が増えた（親族と同居することになった、出産したなど）

☒ 受給者や手当の対象児童が婚姻したとき、または同棲など事実上の婚姻状態となったときは、児童扶養手当などの資格が喪失もしくは支給額が減額となるため、必ず市に報告すること。

☒ これらの報告が遅れたときは、手当が差し止めになる場合や返さないといけなくある場合があること。

☒ 受給資格喪失した場合は、必ず市に報告すること。

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)

※必ず各項目を確認した上で、☒を入れてください。

上記1～3の内容について

氏名

豊橋 花子

1
同居者
(続き)

[illegible]

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 6 年分）

今橋 太郎

母 又は 父 ・ 児 童

平成・令和 6年 2月 20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

養育費をもらっていない場合は
「0円」と記入して提出してください。

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

提出する（予定）日をご記入下さい。

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 7 年 8 月 1 日

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12月までの1年間）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
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
※ 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、児童扶養手当法第23条により、受給額に相当する全部の期間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要件を満たさなかった場合、児童扶養手当の支給が停止される場合があります。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）

※※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 提 出 第	※ 町 村 令和 再 提 出 第	年 月 日	年 月 日
<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。 (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。 (2) 障害の状態にある (3) 疾病、負傷又は要により就業するこ (4) 監護する児童又は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。			
本届出書は、毎年提出する必要があります。 未提出の場合は手当額が減額となります。 (全部支給停止の方でも提出が必要です)			
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 7 年 8 月 1 日 氏名 豊 橋 花 子 豊橋市長 殿			
※ ※ 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。

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	氏名			
	性別			
雇用期間	から ・ H ・ R 年 月 日			

職場から社会保険の保険証や資格確認証が交付されている場合は、保険証のコピーを添付することで他の書類を省略することができます。

※マイナポータルの画面の写し（社会保険であることが分かる箇所）でも可

雇用期間の終了時期が
未定の場合は空白で可。

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

令和7年8月1日以降の日付で
証明をもらってください

事業所の名称
代表者氏名

㊞

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	全ての項目を記入してください。
所在地 番 号	
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

令和7年8月1日以降の日付で
記入してください申告者
氏 名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)

住 所 豊橋市

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
6. 募集広
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。

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 年 月 日

令和7年8月1日以降の日付で
記入してください

(児童扶養手当受給資格者氏名)

(注) 求職活動等申告書中、1～5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、「求職活動支援機関等証明書」(様式7)の添付して下さい。

ただし、求職活動申告書中、1に該当する方のうち、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、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の場合は、「求職活動支援機関等証明書」(様式7)の添付は不要です。

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)

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）

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。

※ 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

令和7年8月1日以降の日付で
診断書をもらってください

(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

令和7年8月1日以降の日付で
記入してください

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

2か所の支援機関を利用されている場合は
こちらの欄も利用してください。

(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。

本人記入箇所

児童扶
て証明願

につい

令和 年 月 日

令和7年8月1日以降の日付で
記入してください

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 月 日

事業所記入箇所

事

印

所

)

母子父子福祉手当 減額 喪失 適用除外事由届出書

令和 7 年 8 月 1 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 平成 2 年 3 月 4 日生)	認 定 番 号	第 号
住 所	豊橋市 今橋町1番地		
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）求職活動等の自立を図るための活動をしている （２）障害の状態にある （３）疾病、負傷又は により就業する （４）監護する児童 あることその の介護を行う （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)			
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。

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

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。

(4) 民間職業安定所

(5) 労働者派遣会社

(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 ()

豊橋市長 殿

上記のとおり、私の求職活動等の状況は

令和 年 月 日

(母子父子福祉手当受給資格者氏名)

令和7年8月1日以降の日付で
記入してください

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)

※ 上記(1)～(5)に該当する方は、「求職活動等申告書」(様式2)を、(6)～(7)に該当する方は、「採用選考証明書」(様式3)を、
かにかけ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

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。

※ 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

令和7年8月1日以降の日付で
診断書をもらってください

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 | 7 | 年 | 8 | 月 | 1 | 日 | 現在 |
| ② | 求人情報の提供 | 令和 | 7 | 年 | 8 | 月 | 1 | 日 | |
| ③ | 職業相談 | 令和 | 7 | 年 | 8 | 月 | 1 | 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 | |

(機関等の名称) 豊橋公共職業安定所 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 7 年 8 月 1 日

利用者（求職者）氏名 豊橋花子

住所 豊橋市 今橋町1番地

上記について相違ないことを証明する。

令和 年

機関等の

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

)

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 7 年 6 月 1 日に御社において、採用選考を受けました。

母子父子福祉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 7 年 8 月 1 日

求職者氏名

豊 橋 花 子

住所

豊橋市今橋町1番地

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

所在地

採用選考をした事業所等の記入欄

採用選考を受けた事業所等に
証明をお願いしてください。

印

)