

一部支給停止適用除外事由届出書の記入と必要書類について

記入例

確認 入力 受付

記入不要

※この「緑色」の用紙は必ず提出してください。※

受付日

児童扶養手当一部支給停止適用除外事由届出書

氏 名	北 つつじ	証 書 番 号	7654321
住 所	北区 王子本町 1 丁目 15 番 22 号		
	日中の連絡先 TEL 090 - 0000 - 0000		

次の(1)から(5)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。
- (2) 求職活動をしている、職業訓練校等に通っている。
- (3) 受給者が、身体上又は精神上的の障害を有しているため、就労することができない。
- (4) 受給者が、負傷・疾病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（ ）により就業することができない。
- (5) 受給者が監護している児童や親族が障害、負傷、疾病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（ ）があり、かつ、これらの者を介護する必要があるため就業することができない。

あなたの現在の状況に「○」をしてください

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日 — 記入した日をご記入ください。

氏名 北 つつじ

東京都北区長 殿

備 考	5年等満了月（ 年 月） 現況用 ・ 初回該当
	判定 可（ 年 月まで） 不可（ 年 月まで）

記入不要

◎字は楷書ではっきりと書いてください。

必要書類

「あなたの現在の状況を証明する書類」を添付してください。
添付する書類はあなたの状況により異なります。
下記のとおり、該当のページをご覧ください。ご提出ください。

- (1) 働いている方 → 2 ページ
- (2) 求職活動中の方 → 3 ページ
- (3) (4) ご自身が病気や障害のため就労できない方 → 4 ページ
- (5) ご家族を介護しているため就労できない方 → 5 ページ

(1) 就労している場合

提出書類 次のうちからひとつを添付して提出してください。

- 健康保険の資格情報が確認できるもののコピー ※北区国民健康保険・任意保険・親族の扶養に入っているものは不可
- 給与支払明細書のコピー
※会社等の名称、受給者氏名の記載があるもの ※6月～8月就労分のいずれか ※源泉徴収票は不可
- 雇用契約書のコピー
- 業務委託契約書のコピー

上記の添付書類が該当しない方

＜雇用されている方＞

- 就労についての証明書・申告書（ピンク色の用紙）

＜自営業又は在宅就業の方＞

- 就労についての証明書・申告書（ピンク色の用紙）及び確定申告書の写し、開業届の写し等、自営又は在宅就業を営んでいることが確認できる書類

※添付書類は、この「重要なお知らせ」が届いた月から適用除外事由届出書提出期間中で働いていたことが証明できるものを添付してください。

「就労についての証明書・申告書」の記入方法

※ピンク色の用紙※

就労についての証明書・申告書

就労している者	氏 名	北 つつじ
	住 所	北区王子本町1-15-22
従事している業務の内容・種類		医療事務
事業所について	名 称	みなみ子どもクリニック
	代表者	南山 太郎
	所在地	北区王子本町〇-〇-〇-〇〇〇
	電話番号	〇3-×××××-××××

北 区 長 殿

※雇用開始月を必ず記入してください

1 上記の者は当事業所において、〇〇 年 〇〇 月 より雇用していることを証明する。

〇〇 年 〇 月 〇 日 ※証明年月日

事業所名称 みなみ子どもクリニック

代表者氏名 南山 太郎

社
判
等

会社等にお勤めしている場合は、
「1」に「〇」をつけて、
雇用主の証明を受けてください。
※必ず雇用主に記入してもらい、
証明を受けてください。

2 上記のとおり自営業に従事していることを申告する。

〇〇 年 〇 月 〇 日 ※記入年月日

申告者氏名 北 つつじ

住 所 北区王子本町1-15-22

自営業や在宅就業の場合は、
「2」に「〇」をつけて、署名
してください。

※証明欄に疑義がある場合は、確認・連絡をさせていただく場合があります。

(2) 求職活動中の場合

提出書類

- ・求職活動についての証明書・申告書

※公共職業訓練を受講中または受講予定の場合は、その内容が確認できる書類を提出してください。

- ・受講証明書のコピー
- ・専修学校、養成機関等の在学証明書（学生証は不可）
- ・公共職業訓練や専修学校以外で就労に向けて技能等を取得中である場合は、その内容が確認できる書類等のコピー

証明書・申告書の記入方法

※黄色の用紙※

求職活動についての証明書・申告書

求職活動をしている者	氏 名	北 つつじ
	住 所	北区王子本町1-15-22

あなたの求職活動について、下記のAまたはBを記入し、求職支援機関や採用選考を行った事業所から証明を受けてください。

A	1. 求職登録・派遣登録が有効		〇〇 年 〇 月 〇 日現在			
	1. 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以下に「合計2つ以上」記入してください。					
	活動状況等	2. 職業相談・求人情報の提供等	〇〇 年 〇 月 〇 日			
		3. 講習会・セミナー等の受講	〇〇 年 〇 月 〇 日			
B		採用選考を受けた	〇〇 年 〇 月 〇 日			

北 区 長 殿

上記について、相違ないことを証明する。

〇〇 年 〇 月 〇 日

※証明年月日

機 関 等 名 称 〇〇職業安定所

所 在 地 北区王子〇丁目〇番〇号

電 話 番 号 〇3-XXXX-XXXX

求職活動状況について記入し、ハローワークや採用選考を受けた会社等から、証明を受けてください。

※求職活動の場合は、活動した年月日を2つ以上記入してください。

※採用選考の場合は、選考を受けた年月日を1つ記入してください。

※必ずハローワークや採用選考を受けた会社等に記入してもらってください。

私の求職活動状況について、上記のとおり申告する。

〇〇 年 〇 月 〇 日

※記入年月日

申 告 者 氏 名 北 つつじ

住 所 北区王子本町1-15-22

※受給者本人が署名してください。

※証明欄に疑義がある場合は、確認・連絡をさせていただく場合があります。

(3) (4) 受給者が病気や障害のため就業できない場合

提出書類

診断書 または 次のいずれかひとつを提出してください。

- ・ 特定疾患医療受給者証のコピー
- ・ 特定医療費（指定難病）受給者証のコピー
- ・ 特定疾病療養受療証のコピー
- ・ 児童扶養手当法施行令別表第1に定める障害状態の場合（P5参照）は、身体障害者手帳等の等級により、手帳のコピーや「所定の診断書※」の提出が必要です。
※右の「診断書」とは異なる様式のもです。

※診断書は、必ず医療機関で診断を受け、記入してもらってください。

※証明欄に疑義がある場合は、確認・連絡をさせていただく場合があります。

診断書の記入例

※水色の用紙※

診 断 書

患者氏名 北 つつじ
住 所 北区王子本町1-15-22
生年月日 1985 年 5 月 5 日生まれ
病 名 左足首捻挫・右肩打撲

<病 状>

立位保持や歩行で痛みがある。痛みにより立ち仕事
・ 通勤等は非常に困難な状態。

※ 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。

北 区 長 殿

上記のとおり診断する。

〇〇 年 〇 月 〇 日

※診断年月日

医療機関所在地 北区赤羽西××丁目××番××号

医 療 機 関 名 あかにし外科クリニック

医 師 名 西 海 一 郎

(5) 病気や障害のあるご家族のため就業できない場合

提出書類

① 児童・親族を介護していることの申立書

※ご希望の方は、所定の用紙を送付しますのでご連絡ください。

※あなたがご家族の介護をしなければならない事情を記入し、民生委員から証明を受けてください。

② 診断書※¹ または 次のいずれかひとつを提出してください。

※1 診断書の記入方法は、右上の「診断書の記入例」をご覧ください。

- ・ 特定疾患医療受給者証のコピー
- ・ 特定医療費（指定難病）受給者証のコピー
- ・ 特定疾病療養受療証のコピー
- ・ 児童扶養手当法施行令別表第1に定める障害状態の場合（P5参照）は、身体障害者手帳等の等級により、手帳のコピーや「所定の診断書※²」の提出が必要です。
※2 右上の「診断書」とは異なる様式のもです。

記入例

児童・親族を介護していることの申立書

〇〇 年 〇 月 〇 日

申立人 住所 北区王子本町1-15-22
氏名 北 つつじ

児童扶養手当の一部支給停止措置免除申請のため、私が下記児童・親族の介護をしているために、就労が困難であることを下記のとおり申し立てます。

記

介護している児童・親族について	氏名	生年月日	申立人
	北 さくら	平成10年10月10日	子
	住所及び同居の有無		
	北区王子本町1-15-22 (同居・別居)		
	介護の内容		
	在宅（通院等の状況 通院は月平均 回くらい） (入) 入所している（病院・施設名： あかにし外科病院 ） 日常生活の状況等（常時介護が必要・身辺処理に手助けが必要・自分でできる） その他具体的内容		
	介護を開始した日		〇〇 年 〇 月 〇 日

1. この申立書の内容については民生（児童）委員に調査等を依頼してください。
2. 上記1による調査等の結果を添付してください。
一部は民生（児童）委員の控えとし、一部は認定請求書等に添付してください。
申立人は記名・押印に代えて署名することができます。

児童扶養手当法施行令別表第1に定められている障害状態とは、以下の場合は。

- 一 次に掲げる視覚障害
 - イ 両眼の視力がそれぞれ〇・〇七以下のもの
 - ロ 一眼の視力が〇・〇八、他眼の視力が手動弁以下のもの
 - ハ ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼のⅠ／四視標による周辺視野角度の和がそれぞれ八〇度以下かつⅠ／二視標による両眼中心視野角度が五六度以下のもの
 - ニ 自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が七〇点以下かつ両眼中心視野視認点数が四〇点以下のもの
 - 二 両耳の聴力レベルが九〇デシベル以上のもの
 - 三 平衡機能に著しい障害を有するもの
 - 四 そしやくの機能を欠くもの
 - 五 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
 - 六 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
 - 七 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
 - 八 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
 - 九 一上肢の全ての指を欠くもの
 - 十 一上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの
 - 十一 両下肢の全ての指を欠くもの
 - 十二 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
 - 十三 一下肢を足関節以上で欠くもの
 - 十四 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
 - 十五 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
 - 十六 精神の障害であつて、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
 - 十七 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- (備考) 視力の測定は、万国式視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によつて測定する。

—認定を受けた方で以下のような場合にはお届け出が必要です—

申請後に生活状況に変化があった場合は、必ずお届け出ください。

手続きが遅れると手当を返還していただく場合がありますので、お早めにお手続きください。

※変更内容により、添付書類が必要な場合があります。詳しくはお問い合わせください。

- ・ 住所が変わったとき（区外へ転出・区内で転居・日本国外へ転出）
- ・ 申請者・児童の氏名が変わったとき（変更後の戸籍謄本原本をご提出ください）
- ・ 振込先口座を変更したいとき（変更は受給者名義の口座に限ります）
- ・ 児童の監護関係に変更があったとき
- ・ 世帯の構成が変わった（世帯員が増減した）とき
- ・ 申請者および扶養義務者の所得が変更になったとき
- ・ 申請者・児童が年金の受給を開始したとき及び受給している年金額が変更になったとき
- ・ この手当の受給資格がなくなったとき

次のいずれかに該当するときは手当を受ける資格がありません。すみやかにお届け出ください。

- ・ 申請者または児童が日本国内に住所を有しないとき
※ 住民登録はしているが、生活の実態が海外の場合も含みます。
- ・ 児童が児童福祉施設等（通園施設等を除く）に入所しているとき
- ・ 児童が児童福祉法に規定する里親に委託されているとき
- ・ 児童が母または父の配偶者（事実上の婚姻関係※を含む）と生計を同じくしているとき
※ 「事実上の婚姻関係」とは、原則として同居していることを要件としますが、ひんぱんに定期的な訪問があり、定期的に生計費等の補助を受けている場合には、同居していなくとも事実婚が成立しているものとして取り扱われます。