

配偶者が配偶者育児休業等をする事ができないことの申告書

以下に記載する私の配偶者は、育児休業支援手当金の対象となる子の出生の翌日時点で、以下の理由により子の出生の日から56日を経過する日の翌日までの期間における配偶者育児休業等をする事ができないことを申告します。

フリガナ	配偶者の生年月日		
配偶者の氏名	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日生
	<input type="checkbox"/> 平成		

※ 該当するチェック欄（いずれか一つ）に☑を入れ、該当する必要書類を添付してください。

チェック欄	配偶者が配偶者育児休業等をする事ができない理由	必要書類
<input type="checkbox"/>	①日々雇用される者であるため	・労働条件通知書等労働契約の内容がわかる書類の写し
<input type="checkbox"/>	②配偶者育児休業等の申出をすることができない 有期雇用労働者（※）であるため ※ 子の出生日または出産予定日のうち遅い日から起算して8週間を経過する日の翌日から6か月を経過する日までに労働契約が満了することが明らかな有期雇用労働者が該当します。	・労働条件通知書等労働契約の内容がわかる書類の写し ※以下の欄も記入してください。 労働契約の終了予定日 令和 年 月 日 子の出生日または出産予定日のうち遅い日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	③労使協定に基づき事業主から配偶者育児休業等の申出を拒まれたため ⇒労使協定に基づき事業主が申出を拒むことができるのは次のいずれかに該当する場合に限られます。 該当するものに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> (7)子の出生の翌日時点の勤務先の事業主に継続して雇用された期間が1年に満たない場合 <input type="checkbox"/> (4)育児休業申出の日から1年以内に雇用関係が終了することが明らかである場合 <input type="checkbox"/> (7)出生時育児休業の申出の日から8週間以内に雇用関係が終了することが明らかである場合 <input type="checkbox"/> (イ)1週間の所定労働日数が2日以下の場合	・左記(7)～(イ)のいずれかに該当することが確認できる労働条件通知書等労働契約の内容がわかる書類の写し
<input type="checkbox"/>	④公務員であって育児休業の請求に対して任命権者から育児休業が承認されなかったため	・任命権者からの不承認の通知書の写し
<input type="checkbox"/>	⑤雇用保険被保険者ではない。 ※共済組合の組合員である公務員の場合は該当しません。	・雇用保険被保険者でないことの証明書 (1週間の所定労働時間が20時間未満の場合は、労働条件通知書等労働契約の内容がわかる書類に代えることも可。)
<input type="checkbox"/>	⑥短期雇用特例被保険者であるため、育児休業給付を受給することができない	・短期雇用特例被保険者である旨の事業主の証明書
<input type="checkbox"/>	⑦雇用保険被保険者であった期間が1年未満のため、育児休業給付を受給することができない	・雇用保険被保険者であった期間が1年未満であることの事業主の証明書
<input type="checkbox"/>	⑧雇用保険被保険者であった期間は1年以上あるが、賃金支払いの基礎となる日数や労働時間が不足するため、育児休業給付を受給することができない	・賃金支払状況についての証明書（子の出生の翌日時点における配偶者の勤務先の事業主が証明したもの）
<input type="checkbox"/>	⑨配偶者の勤務先の出生時育児休業又は育児休業が有給の休業であるため、育児休業給付を受給することができない ※有給でなければ出生時育児休業給付金または育児休業給付金が支給される休業を、期間内に通算して14日以上取得している必要があります。	・育児休業証明書及び育児休業申出書等

令和 年 月 日 氏名

地方職員共済組合大阪府支部長 様

育児休業取得証明書

下記1の者における育児休業（子の誕生日から起算して56日を経過する日の翌日まで）は以下のとおりであることを証明します。

記

1 従業員の氏名

2 従業員の
生年月日 昭和

年

月

日

 平成

3 出産年月日

令和

年

月

日

4 出生時育児休業の期間

① 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

② 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

5 育児休業の期間

① 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

② 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記の記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様

事業所名

所在地

事業主名

電話番号

担当者氏名

雇用保険の適用に関することの証明書

下記の者に雇用保険の適用関係は以下のとおりであることを証明します。

(以下のいずれかに☑をつけてください)

- 雇用保険の被保険者でない。
- 短期雇用特例被保険者である。
- 雇用保険の被保険者であった期間が1年未満である。

記

(フリガナ)

氏 名：

生年月日：

昭和

年

月

日

平成

住 所：

〒

—

以上

令和

年

月

日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

連絡先電話

担当者氏名

賃金支払状況についての証明書

下記の者は、当事業所において雇用保険被保険者の資格を取得していますが、被保険者の子の誕生日以前**2**年間に賃金支払基礎日数が**11**日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が**80**時間以上の）完全月が**12**か月に満たないことを証明します。

記

(フリガナ) 被保険者の氏名	
被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
被保険者番号	— —
被保険者の子の 出生年月日	令和 年 月 日
被保険者の子の誕生日以前 2 年間に賃金支払基礎日数が 11 日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上の）完全月の月数	か月

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

連絡先電話

担当者氏名