

配偶者が育児休業等を行うことができないことの申告書

以下に記載する私の配偶者は、以下の理由により子の出生日から起算して5 6日を経過する日の翌日までに出生時育児休業又は育児休業（以下「育児休業等」といいます。）を行うことができる日数が1 4日に満た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		年 月 日

※ 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	配偶者が給付金の対象となる育児休業等を行うことができない理由	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期間を定めて雇用され、養育する子の出生の日（出産予定日前に当該子を出生した場合にあっては、当該出産予定日）から起算して5 6日を経過する日の翌日から6月を経過する日までに、その労働契約が満了することが明らかであるため	・労働条件通知書等労働契約の内容がわかる書類の写し ※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育児休業の申出又は出生時育児休業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。 (ア)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 (イ)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 (ウ)出生時育児休業の申出の日から5 6日以内に雇用関係が終了することが明らかである場合 (エ)1週間の所定労働日数が2日以下の場合	・左記(ア)～(エ)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ため、育児休業給付を受給することができない ※共済組合の組合員である公務員の場合は該当しません。	・雇用保険の適用に関することの証明書（雇用保険被保険者でないことの事業主の証明） （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	・雇用保険の適用に関する証明書（短期雇用特例被保険者である旨の事業主の証明）
<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	・雇用保険の適用に関する証明書（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）
<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  
(あて先) 福岡市職員共済組合理事長

職員コード \_\_\_\_\_  
組合員氏名 \_\_\_\_\_

# 雇用保険の適用に関することの証明書

下記の者の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。

(以下いずれかの番号に○印を記載)

- 1. 雇用保険の被保険者でない。
- 2. 短期雇用特例被保険者である。
- 3. 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・平成 年 月 日  
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

被保険者の氏名	(フリガナ)		
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

# 育児休業証明書

当事業所においては、育児休業中も賃金を支払っているため、従業員が育児休業給付を受給することができません。

当事業所の従業員である下記の者につきまして、子の出生後 56 日の期間（注）の出生時育児休業期間または育児休業期間の就業状況等は下記のとおりであり、賃金の支払いがなければ出生時育児休業給付金又は育児休業給付金の支給要件を満たす休業を、通算して 14 日以上取得していることを、証明いたします。

## 記

1 従業員の氏名 \_\_\_\_\_

2 出産年月日 令和 年 月 日 4 出産予定日 令和 年 月 日

3 出生時育児休業の期間及び就業の状況

①令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 就業日数 日（就業時間 時間）

②令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 就業日数 日（就業時間 時間）

就業時間はそれぞれの期間において、就業日数が 10 日（出生時育児休業の取得日数が 28 日に満たない場合は、当該取得日数を 28 日で除して得た率に応じた就業日数）を超える場合に記入してください。

4 育児休業の期間及び就業の状況

①令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 就業日数 日（就業時間 時間）

②令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 就業日数 日（就業時間 時間）

就業時間はそれぞれの期間において、就業日数が 10 日を超える場合に記入してください。

上記の記載事実に相違ありません。

令和 年 月 日

（あて先）福岡市職員共済組合理事長

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

※ 育児休業申出書、育児休業取扱通知書等、記載された出生時育児休業又は育児休業の期間が確認できる書類を添付してください。

（注）子の出生後 56 日の期間とは、子の出生の日から起算して 56 日を経過する日の翌日まで（出産予定日前に当該子が出生した場合にあっては当該出生の日から当該出産予定日から起算して 56 日を経過する日の翌日までとし、出産予定日後に当該子が出生した場合にあっては当該出産予定日から当該出生の日から起算して 56 日を経過する日の翌日までとする。）の期間をいいます。