

「育児休業支援手当金請求書」に係る配偶者の状態欄の『7』に該当し、かつ、「配偶者が育児休業等をすることができないことの申告書」の必要書類とされている場合にご提出ください。

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 生 年 月 日	年	月	日
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 _____