

○厚生労働省令第一号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令

（健康保険法施行規則の一部改正）

第一条 健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一号（表面）及び様式第二号（表面）中「~~大正~~」を「~~今昔~~」に改める。

様式第三号を次のように改める。



様式コード			
2	2	0	0

健康保険 被保険者資格取得届  
 厚生年金保険 70歳以上被用者該当届  
 (兼)厚生年金保険

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	( )

社会保険労務士記載欄
氏名等 印

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計 ㊦+㊧)	⑩ 備考				
	⑪ 住所	〒						

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計 ㊦+㊧)	⑩ 備考				
	⑪ 住所	〒						

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計 ㊦+㊧)	⑩ 備考				
	⑪ 住所	〒						

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計 ㊦+㊧)	⑩ 備考				
	⑪ 住所	〒						

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出します。記入する必要はありません。  
②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。  
③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤. 昭和			年			月			日
7. 平成	6	3		0	5		0	3	
9. 令和									

④種別 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

- ⑥個人番号(基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、必ず個人番号を記入してください。  
⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。  
⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。  
⑨報酬月額 : 「㊦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。  
※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。  
※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。  
※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。  
「㊧(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。  
⑩備考 : 必要に応じて記入してください。  
⑪住所 : 住所を記入してください。  
※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。  
※健康保険組合が管掌する健康保険の被保険者であって、健康保険組合が当該被保険者の住所に係る情報を求めないときは、住所の記入は不要です。

備考1 : この用紙は、A列4番とすること。

2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第四号（表面）中「~~表~~」を「~~背~~」に改め、同様式（裏面）を次のように改める。





記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。  
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ
---------	--	--	---	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

③生年月日 : 該当する元号の番号と、年月日を下図のように記入してください。

【元号】	1. 明治	3. 大正	5. 昭和	7. 平成	③
	9. 令和				5—630503
【記入例】	昭和63年5月3日の場合				

⑦昇(降)給 : 4月～6月の支払期において、昇給または降給のあった月の支払月を記入し、該当する昇給または降給の区分を○で囲んでください。

⑧遡及支払額 : 4月～6月の支払期において、遡及分の支払があった月と支払われた遡及差額分を記入してください。

⑩給与計算の基礎日数 : 月給・週給者は暦日数、日給・時給者は出勤日数等、報酬(給与)支払の基礎となった日数を記入してください。  
月給・週給者で欠勤日数分の給与を差し引く場合は、就業規則等で定められた日数から欠勤日数を除いて記入してください。  
※基礎日数は給与支払日ではありませんので、ご注意ください。

⑪通貨によるものの額 : 給料・手当等名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。  
※昇給がさかのぼったためその差額が支給された場合は、その差額も含めて記入し、「⑧遡及支払額」に支給月と差額を記入してください。

⑫現物によるものの額 : 報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。  
現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。(健康保険組合の場合、別途規約により定めがある場合があります。)

⑬合計 : 「⑪通貨」と「⑫現物」の合計額を記入してください。

⑭総計 : 「⑩給与計算の基礎日数」が17日以上月の「⑬合計(⑪+⑫)」を総計した金額を記入してください。  
※「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15日以上月の「⑬合計(⑪+⑫)」を総計してください。

⑮平均額 : 「⑭総計」で算出した金額を、「⑩給与計算の基礎日数」が17以上の月数で除して得た金額を記入してください。算出した平均額は、1円未満を切捨てしてください。  
※「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15以上の月数で除してください。

⑯修正平均額 : 遅配分給与の支払いや昇給がさかのぼったことにより、対象月中に差額分が含まれている場合は、差額分を除いた平均額を記入してください。低額の休職給がある場合は、休職給の支払いがあった月を除いた月数・総計をもとに平均額を算出してください。

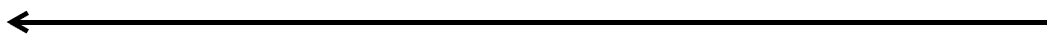
⑰個人番号(基礎年金番号) : 70歳以上被用者の方のみ記入が必要になります。本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑱備考 : 必要に応じて記入してください。

備考1 : この用紙は、A列4番とすること。

2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第五号（表面）中「~~共有~~」を「~~共有~~」に改め、同様式（裏面）を次のように改める。



(裏面)

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。  
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所 整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ
-------------	--	--	---	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

③生年月日 : 該当する元号の番号と、年月日を下図のように記入してください。

【元号】 1. 明治 3. 大正 5. 昭和 7. 平成  
9. 令和

【記入例】 昭和63年5月3日の場合

③  
5—630503

④改定年月 : 標準報酬月額が改定される年月を記入してください。「⑨給与支給月」で記入した3カ月目の翌月となります。

⑤従前の標準報酬月額 : 現在の標準報酬月額を千円単位で記入してください。

⑥従前改定月 : 「⑤従前の標準報酬月額」が適用された年月を記入してください。

⑦昇(降)給 : 昇給または降給のあった月の支払月を記入し、該当する昇給または降給の区分を○で囲んでください。

⑧遡及支払額 : 遡及分の支払があった月と支払われた遡及差額分を記入してください。

⑨給与支給月 : 固定的賃金の変動が反映した月から3カ月分の月について記入してください。

⑩給与計算の基礎日数 : 月給・週給者は暦日数、日給・時給者は出勤日数等、報酬(給与)支払の基礎となった日数を記入してください。  
月給・週給者で欠勤日数分の給与を差し引く場合は、就業規則等で定められた日数から欠勤日数を除いて記入してください。  
※基礎日数は給与支払日ではありませんので、ご注意ください。

⑪通貨によるものの額 : 給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。  
※昇給がさかのぼったためその差額が支給された場合は、その差額も含めて記入し「⑧遡及支払額」に支給月と差額を記入してください。

⑫現物によるものの額 : 報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。  
現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。(健康保険組合の場合、別途規約により定めがある場合があります。)

⑬合計 : 「⑪通貨」と「⑫現物」の合計額を記入してください。

⑭総計 : 3カ月間の「⑬合計」を総計してください。

⑮平均額 : 「⑭総計」の金額を3で除して平均額を算出し、1円未満を切り捨ててください。

⑯修正平均額 : 昇給がさかのぼったため対象月中に差額分が含まれている場合は、差額分を除いた平均額を記入してください。

⑰個人番号 (基礎年金番号) : 70歳以上被用者の方のみ記入が必要になります。本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑱備考 : 必要に応じて記入してください。

備考1 : この用紙は、A列4番とすること。

2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第六号（表面）中「~~共有~~」を「~~共有~~」に改め、同様式（裏面）を次のように改める。



(裏面)

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。  
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ
---------	--	--	---	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

③生年月日 : 該当する元号の番号と、年月日を下図のように記入してください。

【元号】 1. 明治 3. 大正 5. 昭和 7. 平成 9. 令和

【記入例】 昭和63年5月3日の場合

③	5—630503
---	----------

④賞与支払年月日(共通) : 事業所における賞与支払年月日を記入してください。  
なお、各被保険者欄にある「④賞与支払年月日」欄は、「④賞与支払年月日(共通)」と異なる方のみ記入してください。

⑤賞与支払額 : 「㊦(通貨)」には、賞与・手当等名称を問わず労働の対償として、3カ月を超える期間ごとに金銭(通貨)で支払われるすべての金額を記入してください。  
※年間4回以上支払われる賞与等については標準報酬月額の対象となりますので、『被保険者報酬月額算定基礎届』または『被保険者報酬月額変更届』に記入する報酬月額に算入してください。  
「㊧(現物)」には、賞与のうち食事・住宅・被服等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。  
(健康保険組合の場合、別途規約により定めがある場合があります。)

⑥賞与額 : 「㊦(通貨)」と「㊧(現物)」の合計から1,000円未満切捨てした金額を記入してください。

⑦個人番号(基礎年金番号) : 70歳以上被用者の方のみ記入してください。本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑧備考 : 必要に応じて記入してください。

備考1 : この用紙は、A列4番とすること。

2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第七号及び様式第八号を次のように改める。



様式コード		
2	2	0 7
届書コード		
2	0	7

健康保険 被保険者氏名変更届  
厚生年金保険

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号		③ 個人番号(または基礎年金番号)			④ 生年月日			⑦ 種別(性別)		
						明. 1 3   年 月 日 大. 昭. 5 7   平. 7 9   令.			1.   2.   3.   5.   6.   7.		
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏) (フリガナ)	(名)	⑧ 変更前の氏名		(氏)	(名)		⑨ 健康保険被 保険者証不要 ※ 要 0 不要 1		送 信
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話		届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 _____ ( 局 ) 番									

令和 年 月 日 提出

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

社会保険労務士記載欄	氏名等
氏名等	



## 【記入の方法】

- ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
- ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「	明	1	年	月	日	」
	大	3				
	昭	5				
	平	7				
	令	9				

のように記入してください。

- ⑦は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲んでください。
  - ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
  - ⑧は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。
  6. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
  7. 本手続は電子申請による届出も可能です。
- なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。



様式コード			
2	2	0	1

健康保険 被保険者資格喪失届  
 厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届  
 (兼)厚生年金保険

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	( )

社会保険労務士記載欄
氏名等
印

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡(平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ 70歳不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡(平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ 70歳不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡(平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ 70歳不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡(平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ 70歳不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

(裏面)

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤.昭和			年			月			日
7.平成	6	3		0	5		0	3	
9.令和									

④個人番号 (基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を( )内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

⑧70歳不該当 : 70歳以上の方の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

備考1: この用紙は、A列4番とすること。

2: 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第九号(1) (表面)、様式第九号(2) (表面)、様式第九号(3) (表面)、様式第九号(4) (表面)、様式第十号(1) (表面) 及び様式第十号(2) (表面) 中「~~付録~~」を「~~抄録~~」に改める。

様式第十二号 (裏面) を次のように改める。





- 1 この証の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の箇所から二つ折りとする。
- 2 この証は、受給者一人ごとにこれを作製すること。
- 3 受給者が被保険者であった者であるときは、「受給者」欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、他の欄には斜線を引くこととし、受給者が被扶養者であった者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
- 4 「性別」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 5 「療養給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、「傷病名」、「開始年月日」及び「受給期限」欄は、保険者において記載すること。
- 6 「療養給付記録」欄の記載については、次によること。
  - (イ) 歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。
  - (ロ) 「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。
  - (ハ) 「受給期限」欄には、特別療養給付を受けることができる期限を記載すること。
  - (ニ) 「終了年月日」欄には、この証の有効期限が満了したときは、その満了日を記載し、また、傷病が転帰したときは、その年月日を記載すること。
  - (ホ) 「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
- 7 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十三号（表面）を次のように改める。



様式第十三号(第九十九条関係)(表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">健康保険特定疾病療養受療証</div>		
令和 年 月 日交付		
認定疾病名		
受診者	氏名及び生年月日 昭平令 年 月 日生	男女 女
	住所	
被保険者	記号	番号
	氏名及び生年月日 明大昭平令 年 月 日生	男女 女
自己負担限度額		
発効期日	令和 年 月 日から有効	
保険者名及び印		

様式第十三号の二を次のように改める。





(裏面)

注意事項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
4. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を被保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を被保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを複製すること。
3. 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
4. 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
5. 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第3号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第2項第1号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

健康保険限度額適用認定証			
令和 年 月 日交付			
被 保 険 者	記 号	番 号	男 女
	氏 名		
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男 女
適 用 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	住 所		
発 効 年 月 日	令和 年 月 日		
有 効 期 限	令和 年 月 日		
適 用 区 分			
保 険 者	所 在 地		
	保 険 者 番 号 及 保 険 者 印 称		

様式第十四号を次のように改める。



## (裏面)

## 注意事項

- この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
- この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
  - 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
    - 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額とします。
  - 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証及び高齢受給者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されず、退院の際に返付されず。
  - 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
  - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
  - 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

## 備考

- この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
- この証は、対象者ごとにこれを複製すること。
- 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
- 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第5号又は第2項第5号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第3項第6号に掲げる者である場合は「I」と、同項第5号に掲げる者である場合は「II」と記載すること。
- 健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、5記載の適用区分「オ」又は「I」に加え、「(境)」と記載すること。
- 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証					令和 年 月 日	交付
被 保 険 者	記 号	番 号				
	氏 名					男 女
適 用 ・ 減 額 対 象 者	生年月日	大正・昭和・平成・令和				日
	氏 名					男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和				日
発効年月日	令和 年 月 日					
有効期限	令和 年 月 日					
適用区分						
長期入院 該 当	令和 年 月 日		保 険 者 印			
保 険 者	所在地					
	保 険 者 番 号 及 び 印					

様式第十五号（表紙）を次のように改める。



(表紙)

記号及 び番号	
------------	--

健康保険被保険者手帳

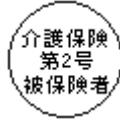
令和 年 月 日交付

氏 名		男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ・ 平 ・ 令	
住 所		
居 所		
交付機関名	印	

様式第十五号の二（表紙）を次のように改める。



(表紙)



記号及 び番号	
------------	--

健康保険被保険者手帳

令和 年 月 日交付

氏 名		男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日
住 所		
居 所		
交付機関名	印	

様式第十六号及び様式第十七号を次のように改める。









健康保険被保険者 特別療養費受給票											
健康保険被 保険者手帳 の記号及び 番号											
本 人	氏名		男・女								
	生年月日	明大昭平令 年 月 日									
	住所										
	居所										
保険者番号 及び交付機 関名	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										印
交付年月日	令和	年	月	日							
有効期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで			

使 用 方 へ の 注 意

1. この票を持っている方が診療を受けられる期間は、第一面の有効期間内です。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて療養が終ってから所要の事項が記入されて返付されます。
3. この票で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
  - (1) 保険診療の費用((2)の費用を除く。)の3割に相当する額  
ただし、義務教育就学前(6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで)の場合は2割に相当する額、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は2割(ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割)に相当する額となります。
  - (2) 入院時の食事療養又は生活療養に要する費用 定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
4. 次の日以後は、この票では診療を受けられません。
  - (1) 適用除外の承認を受け、健康保険法第3条第2項の規定による被保険者とならないこととなった日以後
  - (2) 健康保険被保険者手帳の返納の日の翌日以後
5. この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
6. 不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

保 険 医 療 機 関 等 の 注 意

第一面の有効期間外の期間については、この票では診療を行うことはできません。





- 備考
- 1 この票の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の個所から二つ折とすること。
  - 2 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
  - 3 「給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会において記載すること。
  - 4 「給付記録」欄の記載については、次によること。
    - イ 歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。
    - ロ 「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。
    - ハ 「終了年月日」欄には、保険診療を行わなくなった年月日を記載すること。
    - ニ 「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
    - ホ 「請求金額」欄には、保険医療機関等が保険診療に関して保険者に請求すべき費用の額を記載すること。
    - へ 「認印」欄には、当該事項を記載した保険医療機関等においてなつ印すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会の職員がなつ印すること。
  - 5 この票を再交付する場合において、その日雇特例被保険者又は日雇特例被保険者であった者が現に保険診療を受けるときは、その傷病名、保険診療を開始した年月日その他必要な事項を交付機関において記載すること。
  - 6 別途被保険者等に周知することにより、使う方への注意を省略することができる。

様式第十八号から様式第三十一号までの様式中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。





(船員保険法施行規則の一部改正)

第二条 船員保険法施行規則(昭和十五年厚生省令第五号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(1)(表面)、様式第一号(2)(表面)及び様式第二号(表面)中「~~付~~」を「~~付~~」に改める。

様式第三号を次のように改める。



船員保険療養補償証明書(下船後の療養補償)					
本 人	被保険者証記号番号		職務の種類		
	氏名		生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日	
	被保険者資格取得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	雇入年月日	昭 和 平 成 年 月 日 令 和	
乗組船舶	船舶名			総トン数	
傷病・事故発 生の日時及 び場所	日時	令和 年 月 日	午前	時	分頃
	場所				
傷 病	1 疾 病	部 位 及 び			
	2 負 傷	症 状			
船員法 第八九条 第二項該当	下船の場所 及び年月日	下船港			
		下船年月日	令和 年 月 日	下船後三月 満了年月日	令和 年 月 日
負傷原因記入欄 (負傷の場合は記入してください)					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
		船舶所有者	住所又は所在地 氏名又は名称	Ⓔ	
[		船長	住所又は所在地 氏名又は名称	Ⓔ	
		又は 保 險 者	所 在 地 名 称	Ⓔ	
(注) 船舶所有者又は船長の押印については、署名(自筆)の場合は必要ありません。					

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四号（裏面）を次のように改める。



船員保険 継続療養受療証明書

令和 年 月 日 交付

記号

番号

氏名

性別

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日生

住所

性別

氏名

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日生

住所

所在地

名称及び印  
保険者番号

保  
險  
者

(裏面)

傷病名

療養給付記録 1

開始年月日

令和 年 月 日

受給期限

令和 年 月 日

終了年月日

令和 年 月 日 転帰

傷病名

療養給付記録 2

開始年月日

令和 年 月 日

受給期限

令和 年 月 日

終了年月日

令和 年 月 日 転帰

傷病名

療養給付記録 3

開始年月日

令和 年 月 日

受給期限

令和 年 月 日

終了年月日

令和 年 月 日 転帰

様式第五号（表面）を次のように改める。



様式第五号(第八十八条関係)

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">船員保険特定疾病療養受療証</div>			
令和 年 月 日交付			
認 疾	病	定 名	
受 診 者	氏 及 生	名 び 日 月 日	昭平令 年 月 日
	住	所	
被 保 険 者	記 号		番 号
	氏 及 生	名 び 日 月 日	明大昭平令 年 月 日
自己負担限度額			
発 効 期 日		令和 年 月 日から有効	
保 険 者 名 及 び 印			

様式第六号を次のように改める。



(表面)

(裏面)  
注意事項

- この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
  - この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
  - 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
  - 被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限内に達したときは、直ちにこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。
  - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
  - 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。
- 備考
- この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
  - この証は、対象者ごとにこれを作成すること。
  - 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
  - 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
  - 適用区分欄には、適用対象者が船員保険法施行令第9条第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第3号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第4号又は第2項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
  - 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

## 船員保険限度額適用認定証

令和 年 月 日交付

被保険者	記号	①	番号		男 女
	氏名				
適用対象者	生年月日	大正・昭和・平成・令和			日
	氏名				男 女
発効年月日	生年月日	昭和・平成・令和			日
	住所				
有効期限	発効年月日	令和 年 月 日			
	適用区分	令和 年 月 日			
所在地					
	所在地				
被保険者	被保険者番号				
	被保険者名称及び印				



様式第七号（表面）を次のように改める。



<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px;">                 船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証             </div>			
令和    年    月    日交付			
被 保 険 者	記 号		番 号
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和    年    月    日	
適 用 ・ 減 額 対 象 者	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和    年    月    日	
	住 所		
発効年月日		令和    年    月    日	
有効期限		令和    年    月    日	
適用区分			
長期入院当		令和    年    月    日	保 険 者 印
保 険 者	所在地		
	保 険 者 号	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 25%; text-align: center;">⋮</span> <span style="width: 25%; text-align: center;">⋮</span> <span style="width: 25%; text-align: center;">⋮</span> <span style="width: 25%; text-align: center;">⋮</span> </div>	
	名 称 及 び 印		

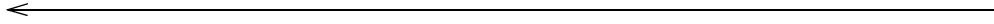
様式第八号、様式第九号（裏面）、様式第十号（裏面）、様式第十一号（裏面）、様式第十二号（裏面）、様式第十三号（裏面）、様式第十四号、様式第十五号及び様式第十七号から様式第十九号までの様式  
中「長」を「中」に改める。



(労働基準法施行規則の一部改正)

第三条 労働基準法施行規則(昭和二十二年厚生省令第二十三号)の一部を次のように改正する。

様式第二十四号(表面)を次のように改める。

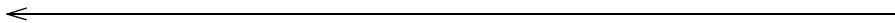




(職業安定法施行規則の一部改正)

第四条 職業安定法施行規則(昭和二十二年労働省令第十二号)の一部を次のように改正する。

様式第四号を次のように改める。



## 届出制手数料変更命令通知書

(氏名)

殿

令和 年 月 日付け届出のあった職業安定法第32条の3第1項第2号の手数料について、同条第4項の規定に基づき下記の理由により変更を命じます。

令和 年 月 日

都道府県労働局長

印

## 記

許可番号	
事業所名称	
変更内容	
期限	
変更理由	

なお、この処分に不服のあるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の規定により、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができる。

また、処分の取消しの訴えは、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に、国を被告（代表者は法務大臣）として提起することができる。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6箇月以内（ただし、裁決のあった日の翌日から起算して1年以内）に提起することができる。

様式第五号中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

様式第六号の二を次のように改める。





## 取扱職種範囲等変更命令通知書

(氏名) 殿

令和 年 月 日付け届出のあった職業安定法第32条の12第1項（同法第33条第4項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。）の取扱職種の範囲等について、同法第32条の12第3項（同法第33条第4項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。）の規定に基づき下記の理由により変更することを命じます。

令和 年 月 日

都道府県労働局長 印

## 記

許可・届出番号	
氏名又は名称	
事業所名称	
変更内容	
期限	
変更理由	

なお、この処分に不服のあるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の規定により、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができる。

また、処分の取消しの訴えは、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に、国を被告（代表者は法務大臣）として提起することができる。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6箇月以内（ただし、裁決のあった日の翌日から起算して1年以内）に提起することができる。

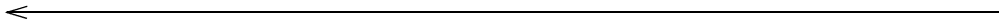
様式第八号（第二面）及び様式第八号の二（表面）中「~~長母~~」を「~~今昔~~」に改める。



(栄養士法施行規則の一部改正)

第五条 栄養士法施行規則(昭和二十三年厚生省令第二号)の一部を次のように改正する。

第一号様式を次のように改める。



第一号様式

*登録番号		収入印紙欄 (消印しないこと)	
*登録年月日			
管 理 栄 養 士 免 許 申 請 書			
栄養士免許を受けた都道府県名		栄養士名簿登録番号	
昭和 平成 年 月 施行第 令和	回	管理栄養士国家試験 (管理栄養士試験) 合格	合格証書 番 号
※ 管理栄養士養成施設名		昭和 平成	年 月 卒業

1 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_

2 管理栄養士又は栄養士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日) 有・無 \_\_\_\_\_

3 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_

上記より、管理栄養士免許を申請します。  
令和 年 月 日

本籍地都道府県名 (国籍)	
------------------	--

電 話	( )	
住 所	都道 市 町 番地 府県 郡 区 村 番 号	

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

ふりがな	(氏)	(名)	印	
氏 名				性 別
				男 女

生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 平成 令和
------	----------------------------------

厚生労働大臣 殿

備考 1 \*印欄には、記入しないこと。

2 管理栄養士国家試験(管理栄養士試験)合格以外により申請を行う場合は、※の管理栄養士養成施設名及び卒業年月を記載すること。また、この場合は、様式内 3 の出願後は卒業後と読み替えるものであること。

3 該当する不動文字を○で囲むこと。

4 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。

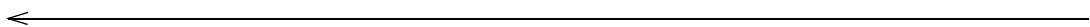
5 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。(領収証書は、裏面にはること。)

6 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。

7 用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第二号様式及び第三号様式中「平成」を「令和」に改める。

第四号様式から第九号様式までを次のように改める。



第四号様式

*登録番号		収入印紙 (消印しないこと)		
*訂正書換え 交付年月日				
管理栄養士名簿訂正・免許証書換え交付申請書				
登録 番号	第	号	登録 年月日	昭和 平成 令和
		年	月	日
変更を生じた事項				
	変 更 前	変 更 後 (第 1 回)	変 更 後 (第 2 回)	
本 籍 地 都道府県名 (国籍)				
ふりがな				
氏 名				
(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)				
変更の理由 及び年月日				
上記により、管理栄養士名簿訂正・免許証の書換え交付を申請します。 令和 年 月 日				
電 話	( )			
住 所	都道 府県	市 郡	区	町 村
氏 名		印	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和
				年 月 日
厚生労働大臣 殿				

- 備考
- 1 \*印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙をはること。
  - 5 名簿訂正の申請をするには、申請の原因たる事実を証する書類を添付すること。  
書換え交付の申請をするには、管理栄養士免許証を添付すること。
  - 6 氏名については、記入押印又は署名のいずれかとすること。
  - 7 用紙は日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第五号様式

* 抹消年月日							
管理栄養士名簿登録抹消申請書							
登録 番号	第	号	登 録 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
本 籍 地 都道府県名 (国 籍)							
ふりがな	(氏)	(名)					
氏 名							
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日			
抹消理由の 生じた年月日	令和	年	月	日			
抹 消 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他						
上記により、管理栄養士名簿登録の抹消を申請します。							
令和 年 月 日							
電 話	( )						
住 所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番	番地 号	
氏 名				印			
厚生労働大臣 殿							

- 備考
- 1 \*印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 この申請書には、管理栄養士免許証を添付すること。
  - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。
  - 6 用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。





第七号様式

管理栄養士国家試験受験願書		収 入 印 紙	
受 験 希 望 地			
(ふりがな) 氏 名			性 別  男 女
生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和  年 月 日	本 籍 地 都道府県名 (国 籍)	
(ふりがな) 現 住 所			
電 話 ( )			
<p>上記により、管理栄養士国家試験を受けたく申請します。</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

備考 この様式は、日本工業規格A列4番とすること。

注意 (1) 収入印紙には、消印しないこと。

(2) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(3) 黒のインク、ボールペン等を用い、かい書ではっきり記入すること。

第八号様式

第 号

合 格 証 書

本籍地都道府県名(国籍)

氏 名

明治  
大正  
昭和 年 月 日生  
平成  
令和

昭和  
平成 年 月 施行第 回管理栄養士国家試験に合格したことを証明する。  
令和

令和 年 月 日

厚生労働大臣



第九号様式

<div style="border: 1px solid black; width: 30%; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;">                     収入印紙欄 (消印しないこと)                 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">管理栄養士国家試験合格証書再交付申請書</p>							
再交付申請 の理由							
昭和 平成 令和	年 月 施行第      回 管理栄養士国家試験(管理栄養士試験)合格						
上記により、管理栄養士国家試験の合格証書の再交付を申請します。 令和    年    月    日							
電 話	(                      )						
住 所	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">都 道 府 県</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">市 郡</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">区</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">町 村</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">番 号</td> </tr> </table>	都 道 府 県	市 郡	区	町 村	番 号	
都 道 府 県	市 郡	区	町 村	番 号			
氏 名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">印</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">生 年 月 日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">明治 大正 昭和 平成 令和</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>		印		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	印		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
厚生労働大臣 殿							

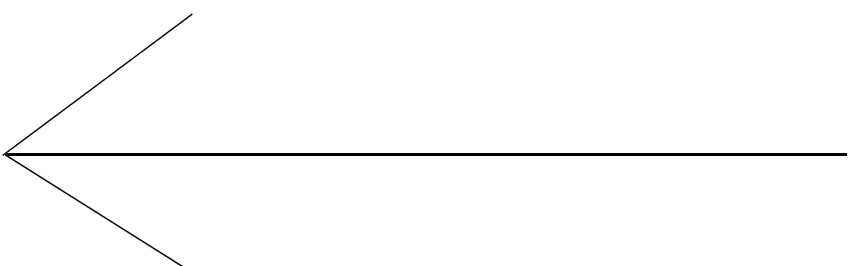
- 備考 1 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 2 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
- 3 この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙をはること。
- 4 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。
- 5 用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(児童福祉法施行規則の一部改正)

第六条 児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号)の一部を次のように改正する。

第二号様式から第四号様式まで中「平成」を「令和」に改める。

第五号様式を次のように改める。



保 育 士 登 録 申 請 書

フリガナ											性別	□ 男 □ 女		
氏 名	(姓)					(名)								
生年月日	□ 明治 □ 大正	□ 昭和 □ 平成	□ 令和	年	月	日	本 籍 地 (外国籍の場合は、その国籍)			都道府県	本籍地 コード			
フリガナ														
連絡先住所	都道 府県													
郵便番号	—			電話番号										
資格要件(児童福祉法第十八条の六の各号のうち該当するもの)	□ 第1号 指定保育士養成施設を卒業した者						卒業した施設の名称							
							卒業した年月			□ 昭和		年		月
	□ 第2号 保育士試験に合格した者						試験に合格した年月			□ 昭和		年		月
							合格通知番号						*科目ごとに合格した年月又は都道府県が異なる場合は別紙に記入	
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 児童福祉法(以下「法」という。)の規定その他児童の福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第18条の19第1項第2号又は第2項(国家戦略特別区域法第12条の5第8項において準用する場合を含む。)の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者													

私は、保育士の登録を受けたいので、上記事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、児童福祉法施行令第16条の規定に基づき申請します。

令和 年 月 日

都道府県知事 殿

氏 名 印

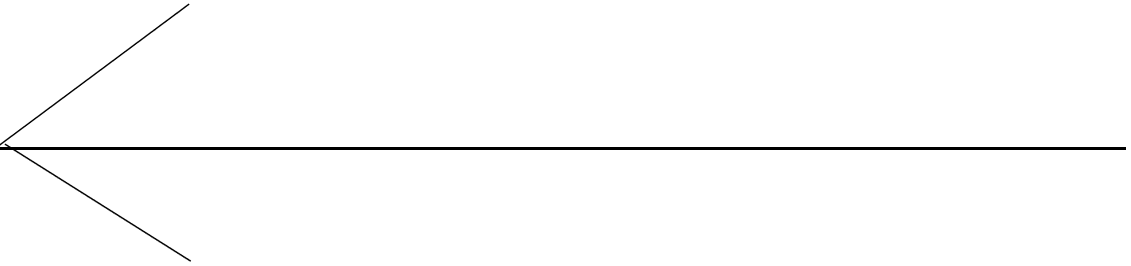
備考 1 該当する□は、レと記入すること。  
 2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。  
 また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。  
 3 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。  
 4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(別紙)

	合格した年月	合格地	都道府県
保育原理	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
教育原理 及び社会的養護	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
児童家庭福祉	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
社会福祉	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
保育の心理学	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
子どもの保健	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
子どもの食と栄養	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
保育実習理論	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号
	合格した年月	合格地	都道府県
保育実習実技	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月	合格通知番号

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。  
2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。  
3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

第十一号様式を次のように改める。



第十一号様式(第十条関係)

療 育 券										
公費負担者番号										交 付 年 月 日
公費負担医療の受給者番号										令 和 年 月 日
被保険者証の記号及び番号					保 険 者 等 の 名 称					
受 療 者	氏 名									
	生 年 月 日	平成 令和	年	月	日				男・女	
申 請 者	氏 名									
	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	受療者との続柄				
	住 所			職 業						
指定療育機関	名 称									
	所 在 地									
診療予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
この券の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 (市 長) 氏 名 印</p>										
経由責任者	保健所長 氏 名 印									

(日本標準規格A列5番)

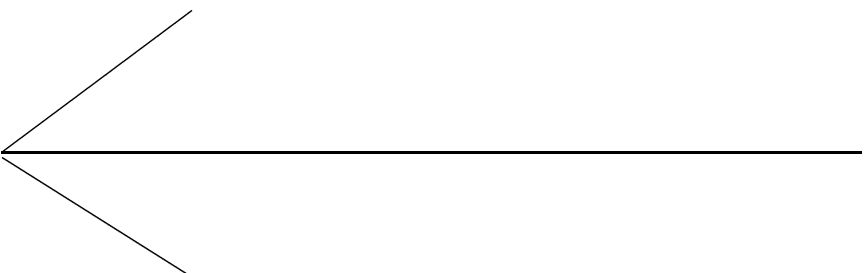


第十三号様式中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

第十三号の三様式中「平成」を「令和」に改める。

第十三号の四様式から第十三号の七様式まで中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

第十四号様式から第十六号様式まで中「平成」を「令和」に改める。



(食品衛生法施行規則等の一部改正)

第七条 次に掲げる省令の規定中「長」を「令」に改める。

- 一 食品衛生法施行規則(昭和二十三年厚生省令第二十三号) 様式第十五号
- 二 社会保険診療報酬支払基金法施行規則(昭和二十三年厚生省令第三十四号) 別記様式(裏面)
- 三 社会福祉法施行規則(昭和二十六年厚生省令第二十八号) 別記様式(裏面)
- 四 覚せい剤取締法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十号) 別記第十号様式の二、別記第十号様式の三及び別記第十一号様式の二
- 五 死産届書、死産証書及び死胎検案書に関する省令(昭和二十七年厚生省令第十二号) 別記様式
- 六 戦傷病者戦没者遺族等援護法施行規則(昭和二十七年厚生省令第十六号) 様式第一号から様式第二号まで、様式第十五号から様式第十九号まで及び様式第二十二号から様式第二十四号まで
- 七 母体保護法施行規則(昭和二十七年厚生省令第三十二号) 別記様式第十二号(一)から別記様式第十三号(二)まで
- 八 引揚者給付金等支給法施行規則(昭和三十二年厚生省令第二十五号) 様式第一号及び様式第三号から

様式第七号まで

- 九 生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律施行規則（昭和三十二年厚生省令第三十七号）様式第一及び様式第二
- 十 水道法施行規則（昭和三十二年厚生省令第四十五号）様式第十二から様式第十二の三まで
- 十一 毎月勤労統計調査規則（昭和三十二年労働省令第十五号）様式第一号から様式第五号まで
- 十二 国民健康保険法施行規則（昭和三十三年厚生省令第五十三号）様式第三（裏面）、様式第三の二（裏面）、様式第四（裏面）、様式第六（裏面）、様式第八（裏面）及び様式第九（裏面）
- 十三 老齢福祉年金支給規則（昭和三十四年厚生省令第十七号）様式第二号から様式第六号まで
- 十四 最低賃金法施行規則（昭和三十四年労働省令第十六号）様式第一号から様式第五号まで
- 十五 社会福祉施設職員等退職手当共済法施行規則（昭和三十六年厚生省令第三十六号）別記様式（表面）
- 十六 母子及び父子並びに寡婦福祉法施行規則（昭和三十九年厚生省令第三十二号）別記様式
- 十七 賃金構造基本統計調査規則（昭和三十九年労働省令第八号）様式第一号及び様式第二号
- 十八 戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律附則第八条第二項の規定による届出に関する

省令（昭和四十六年厚生省令第二十号）別記様式

十九 ボイラー及び圧力容器安全規則（昭和四十七年労働省令第三十三号）様式第十六号及び様式第十七号

二十 産業安全専門官及び労働衛生専門官規程（昭和四十七年労働省令第四十六号）別記様式（第一面）

二十一 有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律施行規則（昭和四十九年厚生省令第三十四号）

様式第一及び様式第二

二十二 建設労働者の雇用の改善等に関する法律施行規則（昭和五十一年労働省令第二十九号）様式第一号、様式第二号、様式第九号及び様式第十号

二十三 環境衛生監視員証を定める省令（昭和五十二年厚生省令第一号）別記様式

二十四 介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）様式第一号（表面）、様式第一号の二（表面）、様式第一号の二の二（表面）、様式第一号の三（表面）、様式第二号（裏面）、様式第三号（裏面）

裏面）、様式第三号の二（裏面）、様式第三号の三（裏面）、様式第三号の四（裏面）、様式第四号（裏面）、様式第五号（裏面）、様式第五号の二（裏面）、様式第五号の三（裏面）、様式第六号（裏面）

）、様式第七号（裏面）及び様式第八号（裏面）

二十五 健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則様式第一号の二（表面）

二十六 厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成十四年厚生労働省令第二十五号）別記様式第一及び別記様式第二

二十七 身体障害者補助犬法施行規則（平成十四年厚生労働省令第二百二十七号）様式第四号（裏面）

二十八 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）別表第三号から別表第九号まで

二十九 介護給付費等の請求に関する省令（平成十八年厚生労働省令第七十号）様式第一から様式第六まで

三十 障害児通所給付費等の請求に関する省令（平成十八年厚生労働省令第七十九号）様式第一から様式第四まで

三十一 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第二百二十九号）様式第六号

(裏面)、様式第七号(裏面)、様式第八号(裏面)、様式第九号(裏面)、様式第十号(裏面)及び様式第十一号(裏面)

三十二 厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に関する法律施行規則(平成十九年厚生労働省令第百五十一号)様式第一号、様式第二号及び様式第四号から様式第六号まで

三十三 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成二十六年厚生労働省令第百二十一号)様式第一号及び第二号

三十四 社会福祉法人会計基準(平成二十八年厚生労働省令第七十九号)第一号第一様式から第三号第四様式まで

(墓地、埋葬等に関する法律施行規則等の一部改正)

第八条 次に掲げる省令の規定中「平成」を「令和」に改める。

一 墓地、埋葬等に関する法律施行規則(昭和二十三年厚生省令第二十四号)別記様式第一号から別記様式第七号まで

二 クリーニング業法施行規則(昭和二十五年厚生省令第三十五号)別記様式

- 三 狂犬病予防法施行規則（昭和二十五年厚生省令第五十二号）別記様式第一
- 四 検疫法施行規則（昭和二十六年厚生省令第五十三号）様式第十五（ホ）（表面）
- 五 日本赤十字社法施行規則（昭和二十七年厚生省令第四十三号）別記様式（表面）
- 六 社会保険審査官及び社会保険審査会法施行規則（昭和二十八年厚生省令第四十三号）別記様式
- 七 と畜場法施行規則（昭和二十八年厚生省令第四十四号）様式第二号
- 八 労働保険審査官及び労働保険審査会法施行規則（昭和三十一年労働省令第十七号）様式第一号から様式第十三号まで
- 九 未帰還者に関する特別措置法施行規則（昭和三十四年厚生省令第五号）様式第一及び様式第二
- 十 老人福祉法施行規則（昭和三十八年厚生省令第二十八号）別記様式第一（表面）、別記様式第二（表面）、別記様式第二の二（表面）及び別記様式第二の三（表面）
- 十一 厚生労働省関係構造改革特別区域法施行規則（平成十五年厚生労働省令第五十八号）別記様式（表面）
- 十二 健康増進法施行規則（平成十五年厚生労働省令第八十六号）別記様式第一号及び第二号

(医師法施行規則の一部改正)

第九条 医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。

第一号書式から第二号の四書式までを次のように改める。









(14) 従事する診療科名等		(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。						
<p>従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。</p> <p>また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。</p> <p>臨床研修医の場合、「40 臨床研修医」のみを○で囲むこと。</p> <p>該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。</p>	I	01 内科 04 消化器内科(胃腸内科) 07 糖尿病内科(代謝内科) 10 アレルギー科 13 小児科	02 呼吸器内科 05 腎臓内科 08 血液内科 11 リウマチ科 14 精神科	03 循環器内科 06 神経内科 09 皮膚科 12 感染症内科 15 心療内科	<table border="1"> <tr> <td>主たる診療科名の番号(1つ)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	主たる診療科名の番号(1つ)		
	主たる診療科名の番号(1つ)							
	II	16 外科 19 乳腺外科 22 泌尿器科 25 整形外科 28 眼科 31 産婦人科	17 呼吸器外科 20 気管食道外科 23 肛門外科 26 形成外科 29 耳鼻咽喉科 32 産科	18 心臓血管外科 21 消化器外科(胃腸外科) 24 脳神経外科 27 美容外科 30 小児外科 33 婦人科		<table border="1"> <tr> <td>主たる診療科名の番号(1つ)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	主たる診療科名の番号(1つ)	
	主たる診療科名の番号(1つ)							
III	34 リハビリテーション科 37 病理診断科	35 放射線科 38 臨床検査科	36 麻酔科 39 救急科					
IV	40 臨床研修医	41 全科						
V	42 その他 ( )							
(15) 取得している広告可能な医師の専門性及び麻酔科の標榜資格	<p>取得している広告可能な医師の専門性及び麻酔科の標榜資格</p> <p>取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。</p> <p>取得している広告可能な医師の専門性及び麻酔科の標榜資格 (麻酔科標榜医)を指す。専門性に関する資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。</p>							
	I	01 総合内科専門医 04 精神科専門医 07 産婦人科専門医 10 泌尿器科専門医 13 麻酔科専門医 16 形成外科専門医	02 小児科専門医 05 外科専門医 08 眼科専門医 11 脳神経外科専門医 14 病理専門医 17 リハビリテーション科専門医	03 皮膚科専門医 06 整形外科専門医 09 耳鼻咽喉科専門医 12 放射線科専門医 15 救急科専門医				
	II	18 呼吸器専門医 21 腎臓専門医 24 糖尿病専門医 27 アレルギー専門医 30 心療内科専門医	32 心臓血管外科専門医 35 消化器外科専門医 38 細胞診専門医 41 消化器内視鏡専門医 44 レーザー専門医 47 大腸肛門病専門医 50 熱傷専門医 53 周産期(新生児)専門医 56 一般病院連携精神医学専門医	20 消化器病専門医 23 神経内科専門医 26 血液専門医 29 感染症専門医 33 乳腺専門医 36 小児外科専門医 39 透折専門医 42 臨床遺伝専門医 45 気管支鏡専門医 48 婦人科腫瘍専門医 51 脳血管内治療専門医 54 生殖医療専門医				
(16) 分娩の取扱いの有無	<p>過去2年以内での分娩取扱いの実績について、1・2いずれかを○で囲むこと。</p> <p>1 分娩の取扱いあり      2 分娩の取扱いなし</p>							
(17) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等	<p>大学名等の番号を1つ○で囲むこと。</p> <p>(修了した大学院名等の番号を○で囲まないこと。)</p> <p>大学の再編・統合・改称により、医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名が選択肢にない場合、再編・統合・改称が行われた後の大学名の番号を○で囲むこと。</p>	<p>国立</p> <p>公立</p> <p>私立・大学校・外国医学校・その他</p>	01 北海道大学 05 秋田大学 09 千葉大学 13 富山大学 17 信州大学 21 三重大学 25 神戸大学 29 広島大学 33 愛媛大学 37 長崎大学 41 鹿児島大学	02 旭川医科大学 06 山形大学 10 東京大学 14 金沢大学 18 岐阜大学 22 滋賀医科大学 26 鳥取大学 30 山口大学 34 高知大学 38 熊本大学 42 琉球大学	03 弘前大学 07 筑波大学 11 東京医科歯科大学 15 福井大学 19 浜松医科大学 23 京都大学 27 島根大学 31 徳島大学 35 九州大学 39 大分大学	04 東北大学 08 群馬大学 12 新潟大学 16 山梨大学 20 名古屋大学 24 大阪大学 28 岡山大学 32 香川大学 36 佐賀大学 40 宮崎大学		
04 札幌医科大学 47 京都府立医科大学 51 岩手医科大学 55 杏林大学 59 帝京大学 63 東邦大学 67 東海大学 71 藤田保健衛生大学 75 兵庫医科大学 79 産業医科大学			43 札幌医科大学 44 福島県立医科大学 48 大阪市立大学 52 自治医科大学 56 慶應義塾大学 60 東京医科大学 64 日本大学 68 聖マリアンナ医科大学 72 大阪医科大学 76 川崎医科大学 80 防衛医科大学校	45 横浜市立大学 49 奈良県立医科大学 53 獨協医科大学 57 順天堂大学 61 東京慈恵会医科大学 65 日本医科大学 69 金沢医科大学 73 関西医科大学 77 久留米大学 81 外国の医学校	46 名古屋市立大学 50 和歌山県立医科大学 54 埼玉医科大学 58 昭和大学 62 東京女子医科大学 66 北里大学 70 愛知医科大学 74 近畿大学 78 福岡大学 82 その他			
医学課程を修めた外国の医学校のある国	(17)欄の81を○で囲んだ者のみが記入すること。							
医学校のある国の番号を1つ○で囲むこと。	1 英国	2 オーストラリア	3 韓国	4 中国				
	6 ブラジル	7 米国	8 ルーマニア	9 その他 ( )				
(18) 出身地	<p>(あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。</p> <p>外国の場合は「外国」を○で囲むこと。</p>							
			都道府県	外国				
(19) 本届出票の活用に対する確認	各都道府県における医師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。			同意しない場合				
(20) 備考								

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

## 再教育研修修了登録証申請書

医籍登録番号	第						号	医籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
--------	---	--	--	--	--	--	---	---------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日								修了年月日									
平成 令和			年			月		日	平成 令和			年			月		日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 (国籍)	都 道 府 県
----------------	------------------

郵便番号	—	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
--------	------------------

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏名					女
通称名					

生年月日	大正 昭和 平成 令和					年			月		日
------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

再教育研修修了登録証書換交付申請書

医籍登録番号	第					号	医籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和				年			月			日
							再教育研修修了登録年月日	平成 令和				年			月			日

変更を生じた事項

	変更前		変更後（第1回）		変更後（第2回）	
本籍 (国籍)	都道府県		都道府県		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
通称名						
性別	男・女		男・女		男・女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年  月 日	大正 昭和 平成 令和	年  月 日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	( )
住所	都道府県		
氏名		印	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

再教育研修修了登録証再交付申請書

医 籍 登 録 番 号	第					号	医 籍 登 録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和			年		月		日
本 籍 ( 国 籍 )						都 道 府 県	再 教 育 研 修 修 了 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和					年		月		日
---------	-----------------	--	--	--	--	---	--	---	--	---

上記の再教育研修修了登録証を( 破つた・汚した・失つた )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	( )
住 所	都 道 府 県	
氏 名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式中「~~ホ~~」を「~~ホ~~」に改める。

第四号書式を次のように改める。



# 死亡診断書 (死体検案書)

この死亡診断書 (死体検案書) は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

**記入の注意**

氏名	1男 2女		生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和	年 月 日	午前・午後 時 分	
	<small>〔生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください〕</small>						
死亡したとき	令和 年 月 日		午前・午後 時 分				
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他					
	死亡したところ	番 地 番 号					
	(死亡したところの種別1~5) 施設 の 名 称						
死亡の原因	I <small>◆ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください</small> <small>◆ I 欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください</small> <small>◆ I 欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください</small>	(ア) 直接死因			発病 (発症) 又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3ヵ月、5時間20分)	令和 平成 年 月 日 昭和	
		(イ)(ア)の原因					
		(ウ)(イ)の原因					
		(エ)(ウ)の原因					
	II <small>ただし、欄が不足する場合は (エ) 欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください</small>	直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等					
	手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	令和 平成 年 月 日 昭和	
解剖	1無 2有	主要所見					
死因の種類	1 病死及び自然死						
	外因死	不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 }					
外因死の追加事項 <small>◆ 伝聞又は推定情報の場合でも書いてください</small>	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分				傷害が発生したところ	都道府県
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ( )				市 区	町 村
	手段及び状況						
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別 1単胎 2多胎 ( 子中第 子)		妊娠週数 満 週		
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)			
その他特に付言すべきことから							
上記のとおり診断 (検案) する				診断 (検案) 年月日 令和 年 月 日			
〔 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所 〕				本診断書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日			
(氏名) 医師				番地 番 号			
				印			

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。  
I 欄では、各傷病について発病の型 (例：急性)、病因 (例：病原体名)、部位 (例：胃噴門部がん)、性状 (例：病理組織型) 等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何中」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I 欄及びII 欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。

「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等を行い、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。



(歯科医師法施行規則の一部改正)

第十条 歯科医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十八号)の一部を次のように改正する。

第一号書式から第二号の四書式までを次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

## 歯科医師免許申請書

平成令和	年	月	施行第	回	歯科医師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

3. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

4. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
----	---	------

電話番号	( )
------	-----

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

# 歯科医師届出票

(令和 年12月31日現在)

第二号書式(第六条関係)

(1) 住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都 道 県
ふりがな			電 話
(2) 氏名			(    -    -    )
(3) 性別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日	1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 5 明治 年 月 日
(5) 歯科医籍登録番号	第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号	(6) 歯科医籍登録年月日	1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日
(7) 従事している施設及び業務の種別			
	回答欄	施設の種別	業 務 の 種 別
	01～18のうち1つを記入すること。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">主たる施設・業務の種別(1つ)</div>	診療所	01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者
	複数の施設に従事している場合で2番目に長時間従事している施設について01～17のうち1つを記入すること。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">従たる施設・業務の種別(1つ)</div>	病院 (医育機関附属の病院を除く。)	03 開設者又は法人の代表者 04 勤務者
		医育機関 (歯学部若しくは医学部を有する大学又はその附属機関)	05 臨床系の教官又は教員 06 臨床系の大学院生 07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者(医員、臨床研修医、その他) 08 臨床系以外の大学院生 09 臨床系以外の勤務者で08以外の者(教官、教員、その他)
		介護老人保健施設	10 開設者又は法人の代表者 11 勤務者
		介護医療院	12 開設者又は法人の代表者 13 勤務者
		上記以外の施設	14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者 15 行政機関の従事者 16 上記以外の保健衛生業務の従事者
		その他	17 その他の業務の従事者 18 無職の者
(8) 主たる従事先 (7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)			
	ふりがな	電 話	
	名 称	代表電話 (    -    -    )	
	所在地 所在地と(1)住所が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> し記入は不要。	(1)住所と同じ <input type="checkbox"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		都 道 県	市 郡 区 町 村
(9) 従たる従事先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)			
	ふりがな	電 話	
	名 称	代表電話 (    -    -    )	
	所在地 所在地と(1)住所が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> し記入は不要。	(1)住所と同じ <input type="checkbox"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		都 道 県	市 郡 区 町 村
主たる従事先の状況 (以下の(10)～(12)欄は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～16のいずれかを記入した者のみが記入すること。)			
(10) 就業形態	1・2いずれかを○で囲むこと。 1 常勤      2 非常勤		
	※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者(ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない)。「非常勤」とは「常勤」以外の者。		
(11) 主たる業務内容	最も長時間従事している業務内容の番号を○で囲むこと。 1 診療      2 教育・研究      3 管理      4 その他		
(12) 休業の取得	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業      2 育児休業      3 介護休業		

裏面へ続く

<p>(13) 従事する診療科名等</p> <p>従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。</p>	<p>((7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)</p> <p>1 歯科            2 矯正歯科            3 小児歯科            4 歯科口腔外科</p> <p>5 臨床研修歯科医</p> <p>臨床研修歯科医の場合、「5 臨床研修歯科医」のみを○で囲むこと。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">       主たる診療科名の番号(1つ)     </div>
<p>(14) 取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名</p> <p>取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。</p>	<p>医療法に基づいて広告することが可能とされている歯科医師の専門性に関する資格を指す。資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。</p> <p>1 口腔外科専門医            2 歯周病専門医            3 歯科麻酔専門医</p> <p>4 小児歯科専門医            5 歯科放射線専門医</p>
<p>(15) 本届出票の活用に対する確認</p>	<p>各都道府県における歯科医師の適正配置の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">       同意しない場合     </div>
<p>(16) 備考</p>	

提出期限 翌年1月15日

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消 印 し な い こ と。 )
--------------------------------

## 再教育研修修了登録証申請書

歯科医籍 登録番号	第						号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
--------------	---	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日							修了年月日									
平成 令和			年			日	平成 令和			年			月			日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	—	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏 名					女
通 称 名					

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
---------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証書換交付申請書

歯科医籍 登録番号	第					号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年			月			日
							再教育研修 修了登録年月日	平成 令和			年			月			日

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )				変 更 後 ( 第 2 回 )			
本籍 (国籍)	都道府県		都道府県				都道府県			
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名										
通称名										
性別	男・女		男・女				男・女			
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	( )
住所	都道府県		
氏名		印	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍 登録番号	第						号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年		月		日
本籍 (国籍)							都道府県	再教育研修 修了登録年月日	平成 令和			年		月		日

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大正 昭和 平成 令和							年		月		日
------	----------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

上記の再教育研修修了登録証を(破つた・汚した・失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	( )
住所	都道府県	
氏名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式中「~~ホ~~」を「~~ホ~~」に改める。

第四号書式を次のように改める。





# 死亡診断書

この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

**記入の注意**

氏名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和	年 月 日	午前・午後 時 分
	〔生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください〕				
死亡したとき	令和 年 月 日 午前・午後 時 分				
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他			
	死亡したところ	番 地 番 号			
	(死亡したところの種別1~5) 施設の名称	( )			
死亡の原因	I	(ア) 直接死因	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3ヵ月、5時間20分)	手術年月日	令和 平成 昭和 年 月 日
		(イ)(ア)の原因			
		(ウ)(イ)の原因			
		(エ)(ウ)の原因			
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
手術	1無 2有	部位及び主要所見			
解剖	1無 2有	主要所見			
死因の種類	1 病死及び自然死	不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 } 外因死 { 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 }			
	12 不詳の死				
外因死の追加事項	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県	市 区 町 村
	◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ( )		
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別	1単胎 2多胎 ( 子中第 子 )	妊娠週数
	1無 2有	( )	3不詳	昭和 平成 令和 年 月 日	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)
その他特に付言すべきことがら					
上記のとおり診断する					
〔 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は歯科医師の住所 〕			診断年月日	令和 年 月 日	
			本診断書発行年月日	令和 年 月 日	
			番地		
			番 号		
(氏名) 歯科医師			印		

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付けて書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3 介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。  
I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。  
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後何日」と書いてください。

I欄及びII欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付けて書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。  
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういふ状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。  
母子健康手帳等を参考に書いてください。

(医療法施行規則の一部改正)

第十一条 医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)の一部を次のように改正する。

別記様式第一から別記様式第一の三までを次のように改める。



都道府県名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

保健所名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

※ 保 健 所 符 号			
-------------	--	--	--

※ 整 理 番 号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

区 分	在 院 患 者 数	月 末 在 院 数	新 患 入 者 院 数	同 一 医 療 機 関 内 の 他 の 種 別 の 病 床 か ら 移 さ れ た 患 者 数	退 患 者 院 数	同 一 医 療 機 関 内 の 他 の 種 別 の 病 床 へ 移 さ れ た 患 者 数
精 神 病 床 (1)				/		/
感 染 症 病 床 (2)				/		/
結 核 病 床 (3)				/		/
療 養 病 床 (4)						
一 般 病 床 (5)				/		/

区 分	在 院 患 者 数	月 末 在 院 数	新 患 入 者 院 数	同 一 医 療 機 関 内 の 介 護 療 養 病 床 以 外 (他 の 種 別 の 病 床 を 含 む。) の 病 床 か ら 移 さ れ た 患 者 数	退 患 者 院 数	同 一 医 療 機 関 内 の 介 護 療 養 病 床 以 外 (他 の 種 別 の 病 床 を 含 む。) の 病 床 へ 移 さ れ た 患 者 数	月 病 床 未 数
介 護 療 養 病 床 (6)							

外 来 患 者 延 数						
-------------	--	--	--	--	--	--

備 考	
-----	--

注：1 ※印は保健所で記入すること。  
 2 「介護療養病床」とは、療養病床のうち、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養型医療施設に係る病床をいうものであり、「介護療養病床」(6)欄には、「療養病床」(4)欄のうち介護療養病床を利用する患者に係る数値を記入すること。  
 3 療養病床を有する診療所については、当該療養病床に関して「療養病床」(4)欄に、介護療養病床を有する場合は当該介護療養病床に関して「介護療養病床」(6)欄に記入すること。

救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画

1. 救急医療等確保事業に係る業務

(1) 救急医療等確保事業に係る業務を継続的に実施する趣旨

(2) 救急医療等確保事業に係る業務の実施内容

(3) 実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の取得価額の見積額の合計額(※)： \_\_\_\_\_円

(4) 実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の詳細

整備される施設及び設備の内容	取得価額の見積額
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	合計額(※) 円

(5) 救急医療等確保事業に係る業務の実施期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間( 年)

(記載上の注意事項)

- 1. (2)「救急医療等確保事業に係る業務の実施内容」には、実施する事業の別、実施する医療機関名などを記載すること。
- 1. (3)の(※)は、1. (4)の(※)と一致させること。
- 1. (4)「整備される施設及び設備の内容」欄には、1. (2)に記載した救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備であり、かつ、1. (5)に記載した実施期間内に確実に整備されると見込まれるものの内容を記載すること。
- 1. (4)「取得価額の見積額」欄には、添付書類「整備される施設及び設備の取得価額の見積額に係る見積書等(写し)の証拠書類」で確認可能な事業費を記載すること。
- 1. (5)「救急医療等確保事業に係る業務の実施期間」は、事業開始日(予定日)を起算日として、12年(救急医療等確保事業に係る業務を実施する病院又は診療所の所在地を含む区域における救急医療等確保事業の実施主体が著しく不足している場合その他特別の事情があると都道府県知事が認めるときは、18年)以内とすること。

## 2. 収益業務

### (1) 収益業務の実施内容

(2) 収益業務の実施期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間( 年)

(記載上の注意事項)

○2. (1)の収益業務の実施内容については、目的及び単年度の収益見込みを記載すること。

○2. (2)の収益業務の実施期間は、1. (5)の実施期間と同一にすること。

### 添付書類

1. 整備される施設及び設備の取得価額の見積額に係る見積書等(写し)の証拠書類
2. 平成20年3月31日医政発第0331008号厚生労働省医政局長通知「社会医療法人の認定について」第3の1(1)①の「社会医療法人の認定申請等関係書類」のうち当該医療法人が法第42条の2第1項第1号から第6号まで(第5号ハを除く。)に掲げる要件に該当することを証する書類
3. 定款又は寄附行為の写し

救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画の  
実施状況報告書

令和 年 月 日

主たる事務所の所在地

医療法人 会

理事長

印

1. 計画

(1) 救急医療等確保事業に係る業務

①救急医療等確保事業に係る業務を継続的に実施する趣旨

②救急医療等確保事業に係る業務の実施内容

③実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の取得価額の見積額の合計額(※)： \_\_\_\_\_円

④実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の詳細

整備される施設及び設備の内容	取得価額の見積額
	円
	円
	円
	円
	円
	合計額(※) 円

⑤救急医療等確保事業に係る業務の実施期間：平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間  
( 年)

(2) 収益業務

①収益業務の実施内容

②収益業務の実施期間：平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間( 年)

(記載上の注意事項)

○都道府県知事の認定を受けた「救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画」より転記すること。

2. 実績

(1) 救急医療等確保事業に係る業務の実施状況

事業の別	病院等名称	実績(件数等)

(2) 実施期間中に整備された救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の状況

(単位：円)

項目	実施期間					
	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)
各施設及び 設備の内容 ・取得価額						
取得価額の合計額 (A)						
取得価額の累計額						
取得価額の見積額の合計 額又は前期の(C) (B)						
取得未済残額 (B-A) (C)						

(記載上の注意事項)

- 「各施設及び設備の内容・取得価額」欄には、1. (1)④の「整備される施設及び設備の内容」及び「その施設及び設備ごとの取得価額」を記載すること。
- 毎年度、実施期間に係る全ての実績を記載すること。

(3) 収益業務の実施状況

①収益業務の実施内容

②経理の状況

- ・収益業務事業収益 \_\_\_\_\_ 千円
- ・収益業務事業費用 \_\_\_\_\_ 千円
- ・収益業務事業損益 \_\_\_\_\_ 千円

添付書類

1. 平成20年3月31日医政発第0331008号厚生労働省医政局長通知「社会医療法人の認定について」第3の1(1)①の「社会医療法人の認定申請等関係書類」のうち当該医療法人が法第42条の2第1項第1号から第6号まで(第5号ハを除く。)に掲げる要件に該当することを証する書類(令第5条の5の5第2項の規定による場合を除く。)
2. 整備された施設及び設備の取得価額に係る契約書、請求書、領収証等の証拠書類(写し)

別記様式第一の四中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

別記様式第二から別記様式第五まで中「平成」を「令和」に改める。





(身体障害者福祉法施行規則の一部改正)

第十二条 身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)の一部を次のように改正する。

別表第一号を次のように改める。



別表第一号(第一条の三関係)

判 定 書(自立支援医療(更生医療)・補装具)

第 号  
令和 年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 [印]

令和 年 月 日付けの依頼については下記のとおり判定する。

記

氏 名	男女	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生( 歳)
居住地	県 区 市 郡 町 村	丁目	番 号 方
判 定 年 月 日	令和 年 月 日		
障 害 名		程 度	級
総 合 判 定			



別表第二号及び別表第六号中「~~カ~~」を「~~キ~~」に改める。



(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部改正)

第十三条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和二十五年厚生省令第三十一号)の一部を次のように改正する。

別記様式第一号(表面)中「~~昭和~~」を「~~平成~~」に改める。

別記様式第二号(表面)及び別記様式第四号(表面)中「平成」を「令和」に改める。



(診療放射線技師法施行規則の一部改正)

第十四条 診療放射線技師法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十三号)の一部を次のように改正する。

第一号書式及び第一号書式の二を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

## 診療放射線技師免許申請書

平成令和	年	月	施行第	回	診療放射線技師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 診療放射線技師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

2. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、診療放射線技師免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭 平 西	和 成 暦				年	月	日
------	-------------	-------------	--	--	--	---	---	---

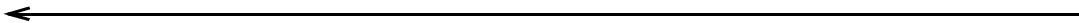
厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	





第二号書式の二を次のように改める。





第三号書式中「~~平成~~」を「~~今昔~~」に改める。

第四号書式(表)中「平成」を「令和」に改める。



(保健師助産師看護師法施行規則の一部改正)

第十五条 保健師助産師看護師法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十四号)の一部を次のように改正する。

第一号様式から第一号の三様式までを次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

第一号様式(第一条の三、附則第六項関係)

## 保健師 免許申請書

平成	和	年	月	施行	第	回	保健師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	---	----	---	---	-----------	-----	------	--------

該当者のみ  
記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 保健師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)

有・無 第 号 / 昭和  
平成 年 月 施行第 回看護師国家試験合格 受験地 受験番号  
令和

5. 旧姓併記の有無。

有・無

上記により、保健師免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
----	--------

電話	( )
----	-----

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西	和 成 和 暦	年	月	日
------	---------------	------------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

第一号の二様式(第一条の三、附則第六項関係)

### 助産師 免許申請書

平成	和	年	月	施行	第	回	助産師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	---	----	---	---	-----------	-----	------	--------

該当者のみ 記入すること	旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
	米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

- 1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。
- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 助産師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)  
有・無 第 \_\_\_\_\_ 号 / 昭和  
平成 \_\_\_\_\_ 年 月 施行第 \_\_\_\_\_ 回看護師国家試験合格 受験地 \_\_\_\_\_ 受験番号 \_\_\_\_\_  
令和
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、助産師免許を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
----	---	------

電話	( )
----	-----

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西	和 成 和 暦	年	月	日
------	---------------	------------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

## 看護師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	看護師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード	
----------	---	---	-----	---	-----------	-----	------	--------	--

該当者のみ  
記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年月日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年月日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 保健師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、看護師免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

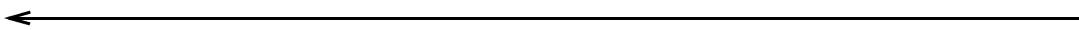
性別	男
	女

生年月日	昭 平 令 西	和 成 和 暦	年	月	日
------	------------------	------------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

第一号の四書式から第一号の十二書式までを次のように改める。





※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 再教育研修修了登録証申請書

保健師籍 登録番号	第						号	保健師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和						年			月			日
--------------	---	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日						修了年月日					
平成 令和		年		月	日	平成 令和		年		月	日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	-	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏 名					女
通 称 名					

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
---------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消 印 し な い こ と。 )
--------------------------------

## 再教育研修修了登録証申請書

助産師籍 登録番号	第						号	助産師籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和						年			月			日
--------------	---	--	--	--	--	--	---	---------------	--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日					修了年月日								
平成 令和		年		月		日	平成 令和		年		月		日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	-	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏 名			
通 称 名			

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和						年		月		日
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 再教育研修修了登録証申請書

看護師籍 登録番号	第						号	看護師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和							年				月				日
--------------	---	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日									
平成 令和			年			月			日	平成 令和			年			月			日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	—	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏 名					女
通 称 名					

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和						年			月			日
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証書換交付申請書

保健師籍 登録番号	第					号	保健師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年			月		日
							再教育研修修了 登録年月日	平成 令和			年			月		日

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
通称名						
性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	( )
住所	都 道 府 県		
氏名		印	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消 印 し な い こ と。)
-------------------------------

### 再教育研修修了登録証書換交付申請書

助産師籍 登録番号	第				号	助産師籍 登録年月日	大 正					年				月			日
						平成													
						再教育研修修了 登録年月日	平 成					年				月			日
							令 和												

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏 名						
通 称 名						
生年月日	大 正		大 正			
	昭 和		昭 和			
	平 成		平 成			
	令 和		令 和			
		年		年		
		月		月		
		日		日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	( )
住 所	都 道 府 県		
氏 名		印	
	生 年 月 日	大 正	
		昭 和	
		平 成	
		令 和	
			年
			月
			日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (消 印 し な い こ と。)
-------------------------------

### 再教育研修修了登録証書換交付申請書

看護師籍登録番号	第					号	看護師籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年			月		日
							再教育研修修了登録年月日	平成 令和			年			月		日

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
通称名						
性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	( )
住所	都 道 府 県		
氏名		印	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

保健師籍 登録番号	第							号	保健師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和							年				月				日
本籍 (国籍)								都道 府県	再教育研修 修了登録年月日	平成 令和							年				月				日

ふりがな	(氏)		(名)	
氏名				
通称名				

性別	男
	女

生年月日	大正 昭和 平成 令和									年				月				日
------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を（破った・汚した・失った）ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	( )
住所	都道 府県	
氏名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

助産師籍登録番号	第							号	助産師籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和							年				月				日
本籍 (国籍)								都道府県	再教育研修修了登録年月日	平成 令和							年				月				日

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

生年月日	大正 昭和 平成 令和							年				月				日
------	----------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を（破った・汚した・失った）ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	( )
住所	都道府県	
氏名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。



※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄  (消印しないこと。)
---

### 再教育研修修了登録証再交付申請書

看護師籍 登録番号	第								号	看護師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和							年					月					日
本籍 (国籍)									都道 府県	再教育研修 修了登録年月日	平成 令和							年					月					日

ふりがな	(氏)		(名)
氏名			
通称名			

性別	男
	女

生年月日	大正 昭和 平成 令和									年					月					日
------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を（破った・汚した・失った）ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

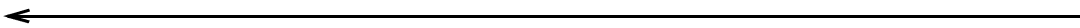
郵便番号	電話番号	( )
住所	都道 府県	
氏名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

第二号様式中「~~ホ~~」を「~~ホ~~」に改める。

第三号様式を次のように改める。



第三号様式 (第三十三条関係)

(保健師、助産師、看護師、准看護師) 業務従事者届

( 年12月31日現在)

ふりがな	性別		生年月日	
氏名	1. 男 2. 女		1. 令和 2. 平成 3. 昭和 4. 大正 年月日 ( 歳)	
住所	都道府県			
免許の種類	登録番号		登録年月日	
保健師籍	厚生労働省 ( 都道府県) 第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年月日
助産師籍	厚生労働省 ( 都道府県) 第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年月日
看護師籍	厚生労働省 ( 都道府県) 第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年月日
准看護師籍	都道府県 第	号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年月日
主たる業務	1 保健師業務 2 助産師業務 3 看護師業務			
業務に従事する場所	1 病院			
	2 診療所 (ア 有床 イ 無床 )			
	3 助産所 分娩の取扱いあり (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者 )			
	分娩の取扱いなし (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者 )			
	4 訪問看護ステーション (ア 管理者 イ 従事者 )			
	5 介護保険施設等 (ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院 ウ 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) エ 居宅サービス事業所 オ 居宅介護支援事業所 カ その他 )			
	6 社会福祉施設 (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他 )			
	7 保健所、都道府県又は市区町村 (ア 保健所 イ 都道府県 (アを除く) ウ 市区町村 (アを除く) )			
	8 事業所			
	9 看護師等学校養成所又は研究機関			
10 その他				
所在地	都道府県	電話番号 ( - - )		
名称				
雇用形態	1 正規雇用 2 非正規雇用 (1又は3に該当しない者) 3 派遣 (紹介予定派遣を含む)			
常勤換算	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 (0. )人 ※記入例参照			

	1 従事期間1年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他） 2 従事期間1年以上2年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他） 3 従事期間2年以上
看護師の 特定行為 研修の 修了状況	特定行為研修の修了の有無
	1. 有 <span style="float: right;">2. 無</span>
	修了した特定行為区分
	1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連      2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連      4 循環器関連 5 心嚢 <sup>のう</sup> ドレーン管理関連      6 胸腔ドレーン管理関連 7 腹腔ドレーン管理関連      8 ろう孔管理関連 9 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カ      10 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型 テーテル管理）関連      中心静脈注射用カテーテル管理）関連 11 創傷管理関連      12 創部ドレーン管理関連 13 動脈血液ガス分析関連      14 透析管理関連 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連      16 感染に係る薬剤投与関連 17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連      18 術後 <sup>とう</sup> 疼痛管理関連 19 循環動態に係る薬剤投与関連      20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連
備考	

(注意)

- 1 該当する文字又は数字を○で囲むこと。
- 2 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
- 3 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。
- 4 「主たる業務」の欄は、保健師免許、助産師免許及び看護師免許のうち2以上の免許を有する場合について、その主たる業務の一つについて記載すること。
- 5 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについて記載すること。
- 6 「3 助産所」の「分娩の取扱いあり」「分娩の取扱いなし」については、分娩取扱いの実績の有無にかかわらず、現在、分娩の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」の項目に記載すること。
- 7 事業所内に設置された診療所については、「2 診療所」ではなく「8 事業所」に含むものとする。
- 8 「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。
- 9 「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。
- 10 「雇用形態」は、次により記載すること。
  - ・ 「1 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指すこと。
  - ・ 「2 非正規雇用（1又は3に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「1 正規雇用」「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。
  - ・ 「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。

11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載すること。

- ・ 「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。
- ・ 「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。
- ・ また、（ ）は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記入すること。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、

	① 週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）
	② 週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）
① 8時間×2日	① 0.4人
② 6時間×5日	
<hr/>	=
40時間	② 0.8人

12 「従事開始の理由」は、次により記載すること。

- ・ 「ア 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。
- ・ 「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く。）を指すこと。
- ・ 「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。
- ・ 「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。

13 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。

- ・ 「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指すこと。
- ・ 「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。

（戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正する法律により増額される障害年金及び遺族年金の額の改定に関する省令の一部改正）

第十六条 戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正する法律により増額される障害年金及び遺族年金の額の改定に関する省令（昭和二十八年厚生省令第四十号）の一部を次のように改正する。

遺族年金額改定請求書を次のように改める。



遺族年金額改定請求書

遺族年金額の額の改定を受ける者					死亡した者	
				氏名 生年月日	除籍時の本籍地	身分
						死亡した者との 身分関係
				住所		氏名 生年月日
						従前の遺族年金証書又は年金 裁定通知書の記号及び番号
				備考		

右請求します。

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

請求者氏名



備考

- 一 請求者の氏名には、ふりがなをつけること。
- 二 請求者が被選定人又は相続人である場合は、請求者氏名の上にその旨を附記すること。
- 三 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法による年金を受けている場合は、その旨を「備考」欄に記載すること。
- 四 この請求書によつて遺族年金額の改定を請求する遺族の外に同順位の遺族がある場合は、左の欄に当該同順位の遺族に関する事項を記入すること。

同順位者				
				死亡者との身分関係
				氏名及び生年月日
				住 所
				備 考



(未帰還者留守家族等援護法施行規則の一部改正)

第十七条 未帰還者留守家族等援護法施行規則(昭和二十八年厚生省令第四十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。





様式第二号から様式第五号まで及び様式第十三号中「平成」を「令和」に改める。

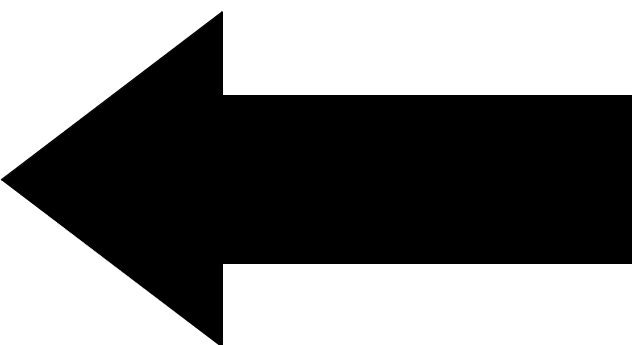


(厚生年金保険法施行規則の一部改正)

第十八条 厚生年金保険法施行規則(昭和二十九年厚生省令第三十七号)の一部を次のように改正する。

様式第五号(表面)及び様式第六号(表面)中「~~長号~~」を「~~令号~~」に改める。

様式第七号(表面)を次のように改める。



(表面)

様式コード

2 2 0 0

健康保険  
厚生年金保険  
(兼)厚生年金保険

被保険者資格取得届

70歳以上被用者該当届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号		事業所番号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 3.坑内員 5.男(基金) 6.女(基金) 7.坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円		⑪ 備考					
	⑪ 住所	〒 -								

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 3.坑内員 5.男(基金) 6.女(基金) 7.坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円		⑪ 備考					
	⑪ 住所	〒 -								

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 3.坑内員 5.男(基金) 6.女(基金) 7.坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円		⑪ 備考					
	⑪ 住所	〒 -								

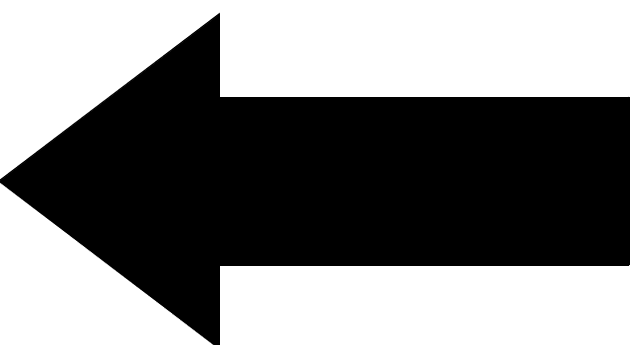
被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 3.坑内員 5.男(基金) 6.女(基金) 7.坑内員(基金)	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円		⑪ 備考					
	⑪ 住所	〒 -								

様式第七号(第十五条、第十五条の二関係)

様式第七号（裏面）中「7. 仕様」を「7. 仕様」に改める。

様式第七号の二中「仕様」を「仕様」に改める。

様式第七号の三（表面）を次のように改める。



(表面)

様式コード

2 2 6 9

70歳到達届

厚生年金保険 被保険者資格喪失届  
(兼)厚生年金保険 70歳以上被用者該当届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号		事業所番号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	( )		

社会保険労務士記載欄
氏名等

この届書は、在職中に70歳に到達された方について提出していただくものです。

被保険者欄	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	7.平成	9.令和
	④ 個人番号 [基礎年金番号]				⑤ 備考						
資格喪失欄	⑥ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 喪失原因	6. 70歳到達 (厚生年金保険のみ喪失)				
被用者該当欄	⑧ 該当年月日	9.令和	年	月	日	⑨ 報酬月額	⑦(通貨)	円	⑩(合計 ⑦+⑧)		
						①(現物)		円			円

様式第七号の三(第十五条の二関係)

様式第七号の三（裏面）中「7. 平成」を「7. 平成 9. 令和」に改める。

様式第八号（表面）中「平成」を「令和」に改める。

様式第八号（裏面）中「7. 平成」を「7. 平成 9. 令和」に改める。

様式第九号（表面）中「平成」を「令和」に改める。

様式第九号（裏面）中「7. 平成」を「7. 平成 9. 令和」に改める。

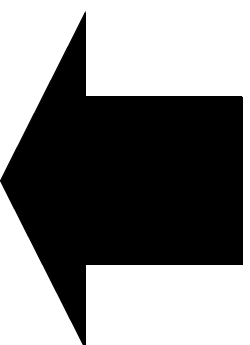
様式第九号の二（表面）中「平成 年 月 日提出」を「令和 年 月 日提出」に

7. 平成」を「9. 令和」に改める。

様式第九号の二（裏面）中「7. 平成」を「7. 平成 9. 令和」に改める。

様式第十号の二中「平. 7」を「平. 7 平. 9」に、「平成」を「令和」に改める。

様式第十一号（表面）を次のように改める。





(表面)

様式コード

2 2 0 1

健康保険  
厚生年金保険  
(兼)厚生年金保険

被保険者資格喪失届  
70歳以上被用者不該当届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号		事業所番号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。		
	事業所名称	〒 -		
	事業主氏名	(印)		
	電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		

社会保険労務士記載欄
氏名等
(印)

被保険者 1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年][金番号]	⑤ 喪失年月日 9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年][金番号]	⑤ 喪失年月日 9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

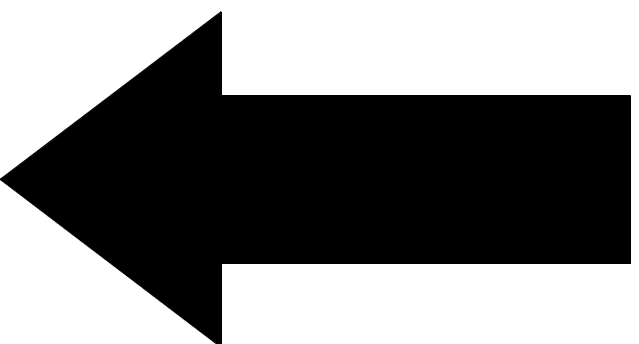
被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年][金番号]	⑤ 喪失年月日 9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号 [基礎年][金番号]	⑤ 喪失年月日 9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

様式第十一号(第二十二條、第二十二條の二関係)

様式第十一号（裏面）中「7. 作成」を「7. 作成」に改める。

様式第三十一号、様式第三十五号、様式第三十六号及び様式第三十八号から様式第四十号までの様式中「作成」を「作成」に改める。



(歯科技工士法施行規則の一部改正)

第十九条 歯科技工士法施行規則(昭和三十年厚生省令第二十三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第二号までを次のように改める。



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)		
----------------------------	--	--

## 歯科技工士免許申請書

受験地コード

平成令和	年	月	施行	歯科技工士国家試験合格	受験地	受験番号	
------	---	---	----	-------------	-----	------	--

次の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

- 1 歯科医療又は歯科技工士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。  
(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

- 2 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

- 3 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により歯科技工士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県

電話番号	( )
住所	〒 都道府県

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

受付印

受付印
-----

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)		
----------------------------	--	--

## 歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第				号	登録年月日	昭和 平成 令和			年		月		日
------	---	--	--	--	---	-------	----------------	--	--	---	--	---	--	---

登録都道府県名		都道 府県	※コード番号		
---------	--	----------	--------	--	--



### 変更を生じた事項

	変更前	変更後（第1回）	変更後（第2回）
※コード番号			
本籍 (国籍)	都道 府県	都道 府県	都道 府県
ふりがな	(氏) (名)	(氏) (名)	(氏) (名)
氏名			
	(旧姓)	(旧姓)	(旧姓)
旧姓併記の有無		有・無	有・無
通称名			
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	昭和 平成 令和 西暦	
	年 月 日	年 月 日	

変更の理由	※	※							
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

上記により歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
住所	〒 都道 府県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。

記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

## 歯科技工士免許証再交付申請書

登録番号	第					号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年		月		日
------	---	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	--	---

登録都道府県名		都 道 府 県	※コード番号		
---------	--	------------------	--------	--	--

※コード番号			
本籍 (国籍)		都 道 府 県	



ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭 平 令	和 成 和				年		月		日	※					
------	-------------	-------------	--	--	--	---	--	---	--	---	---	--	--	--	--	--

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和			年		月	施行	歯科技工士試験合格	受験地	
------------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	----	-----------	-----	--

上記の歯科技工士免許証を（破った・汚した・失った）  
ので関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
住所	〒 都 道 府 県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。

様式第四号を次のように改める。



## 歯科技工士国家試験受験願書

収入印紙  
(消印しないこと。)

ふりがな 氏名				性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	(都道府県)		受験希望地	
現住所	都道府県			市郡区			
	(郵便番号 — )			電話番号 ( )			
養成施設名							
最終学歴	年卒業 (見込)						
受験資格  (該当項目に○印をつけること。)	資格該当項目			添付書類			
	法第14条	第1号該当		卒業証明書			
		第2号該当					
		第3号該当		※ ( 歯科医師国家試験等を受けることができる者である旨を証する書類 )			
第4号該当			厚生労働大臣による受験資格を認定する書類				
連絡先	電話番号 ( ) (内線)						

上記により、歯科技工士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣  
指定試験機関代表者 殿

氏名 印

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙をはらないこと。
  - 卒業証明書については、学校・養成所の長の発行に係るものであること。
  - ※の書類については、①大学等卒業証明書、②実地修練終了証明書、③厚生労働大臣による歯科医師国家試験の受験資格を認定する書類等とし、①②についてはそれぞれ学校・実地修練実施施設の長の発行に係るものであること。
  - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。



（旧軍人等の遺族に対する恩給等の特例に関する法律に基づく事実調査に関する省令の一部改正）

第二十条 旧軍人等の遺族に対する恩給等の特例に関する法律に基づく事実調査に関する省令（昭和三十一年

年厚生省令第五十七号）の一部を次のように改正する。

様式裏面を次のように改める。



(裏面)

相 続 人	(フリガナ)		
	氏名		
	性別	生年月日	被相続人との続柄
	男女		
	(フリガナ)		
住所	(〒 — ) (電話 — — )		
弔慰金裁定通知書の記号番号		第 号	

上記の弔慰金が、旧軍人等の遺族に対する恩給等の特例に関する法律第2条第1項の規定の適用により戦傷病者戦没者遺族等援護法第34条第2項の規定によらないで支給を受けたものとみなされるものであることを確認されるよう申請します。

令和 年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

厚生労働大臣 殿

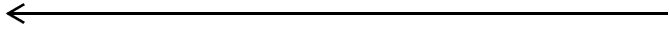
(保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の一部改正)

第二十一条 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令(昭和三十

二年厚生省令第十三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)及び様式第一号の二(表面)中「付」を「抄」に改める。

様式第二号(表面)を次のように改める。



(表 面)

※ 登録の記号及び番号		保 険 薬 劑 医 師 登 録 申 請 書					
※ 登 録 年 月 日		保 險		薬 劑		医 師	
① 医 師 ・ 齒 科 医 師 ・ 薬 剂 師	氏 名	明・大・昭・平・令 年 月 日 生				男 ・ 女	
② 医 籍 ・ 齒 科 医 籍 ・ 薬 剂 師 名 簿	登 録 番 号	登 録 年 月 日		明・大・昭・平・令 年 月 日		年 月 日	
	名 称	担 当 診 療 科 名					
③ 健 康 保 険 の 診 療 ・ 調 剤 に 従 事 す る 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	所 在 地						
	該 当 す る 法 律 名						
④ 健 康 保 険 法 第 7 1 条 第 2 項 第 1 号 か ら 第 3 号 の い ず れ か (登 録 欠 格 事 由) に 該 当	有 ・ 無	内 容					
		該 当 年 月 日					
		処 分 権 者 等					
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
地方厚生 (支) 局長 殿 醫師若しくは歯科医師又は 薬剤師の氏名及び住所 印							

様式第三号及び様式第四号を次のように改める。



保 険 医 登 録 票

登録の記号及び番号			登録年月日	
医師・歯 科 医 師	氏 名		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日生  男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和 年 月 日

地方厚生（支）局長



備 考 この用紙は、B列7番とすること。

保 険 薬 剤 師 登 録 票

様式第四号(第十四条関係)

登録の記号及び番号		登録年月日	
薬 剤 師	氏 名	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日生 男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和 年 月 日

地方厚生（支）局長

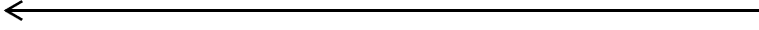


備 考 この用紙は、B列7番とすること。

(保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正)

第二十二條 保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十五号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(一)の1を次のように改める。



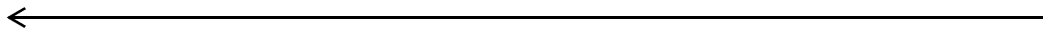


## 診 療 録

公費負担者番号				保険者番号				
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳	記号・番号		●	
					有効期限		令和 年 月 日	
受診者	氏名			被保険者氏名				
	生年月日		明大昭平令 年 月 日生	男・女	資格取得			昭和 平成 令和 年 月 日
	住所		電話 局 番		事業所 (船舶所有者)	所在地		電話 局 番
						名称		
職業		被保険者との続柄		保険者	所在地		電話 局 番	
					名称			
傷病名			職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
			上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
傷病名		労務不能に関する意見				入院期間		
		意見書に記入した労務不能時間		意見書交付				
		自 月 日 日間	年 月 日		自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日		自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日		自 月 日 日間			
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨								
備考					公費負担者番号			
					公費負担医療の受給者番号			

備考 この用紙は、B列5番とすること。

様式第一号(二)の1を次のように改める。

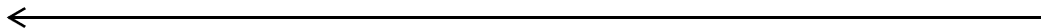


## 歯 科 診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号		.	
受診者	氏名			有効期限		令和 年 月 日	
	生年月日 <small>明大昭平令</small> 年 月 日生 男・女			被保険者氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	
	住所 電話 局 番			資格取得		昭和 平成 令和 年 月 日	
	職業 被保険者との続柄			所在地 名称		電話 局 番	
事業所 所在地 名称		電話 局 番		所在地 名称		電話 局 番	
部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>上</span> <span>右</span> <span>左</span> <span>下</span> </div> [主訴] その他摘要	
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
— —		上・外	月 年 日	月 年 日			
傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見				入 院 期 間		
	意見書に記入した労務不能期間		意 見 書 交 付				
	自 月 日 日 日間	年 月 日		自 月 日 日 日間			
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考							

備考 この用紙は、B列5番とすること。

様式第二号及び様式第二号の二を次のように改める。



# 処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				

患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女	電 話 番 号						保 険 医 氏 名
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード				(印)

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
--------	------	--

備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) _____
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

公費負担者番号					保険者番号									
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女		電話番号									
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 (印)									
				都道府県番号	点数表番号	医療機関コード								

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
----	------	--

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号												
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)	公費負担医療の受給者番号											

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

(臨床検査技師等に関する法律施行規則の一部改正)

第二十三条 臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和三十三年厚生省令第二十四号)の一部を次のように改正する。

様式第一及び様式第二を次のように改める。





厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第一 (第一条の四関係)

## 臨床検査技師免許申請書

平成令和	年	月	施行第	回臨床検査技師国家試験合格	受験地	受験地コード		
						受験番号		

1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 臨床検査技師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

2. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、臨床検査技師免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭 平 令 西	和 成 和 暦				年	月	日
------	------------------	------------------	--	--	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	訂正書換え 年 月 日		

様式第二(第二条の二、第三条の二関係)

### 臨床検査技師名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第											号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
コード番号						
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無	
通称名						
生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 曆	年		年	
			月	日	月	日
性別	男 ・ 女		男 ・ 女			
変更の事由						

上記により、臨床検査技師名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒 都 道 府 県	
氏名	電 話	( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

様式第四を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付年月日		

## 臨床検査技師免許証再交付申請書

登録番号	第											号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年		月		日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦											年		月		日
------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和			年			月	施行第				回臨床検査技師試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)												

上記の臨床検査技師免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県										
氏名		印		電話	( )							

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

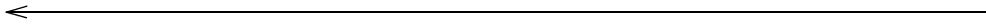
様式第五中「ホ」を「ホ」に改める。



(調理師法施行規則の一部改正)

第二十四条 調理師法施行規則(昭和三十三年厚生省令第四十六号)の一部を次のように改正する。

様式第二の二を次のように改める。



様式第二の二(第四条の二関係)

調理師業務従事者届

ふりがな						
氏名			性別	男・女	年齢	歳
本籍地名 (国籍)						
住所	〒		都道 府県	市 郡	町 区 村	番地
電話番号						
調理師名簿登録	登録を受けた 都道府県名		登録番号	第 号		
	登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
業務に従事する 場所	1 寄宿舍			8 飲食店営業		
	2 学校			9 魚介類販売業		
	3 病院			10 そうざい製造業		
	4 事業所			11 その他		
5 社会福祉施設						
6 介護老人保健施設						
7 矯正施設						
所在地						
電話番号						
名称						
備考						

(注意) 該当する文字又は数字を○で囲むこと。

(国民年金法施行規則の一部改正)

第二十五条 国民年金法施行規則(昭和三十五年厚生省令第十二号)の一部を次のように改正する。

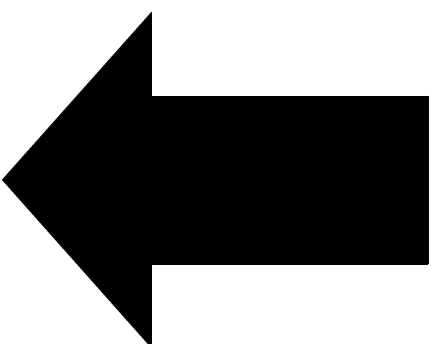
様式第一号中「ナ」を「ナ」に、  
「昭」を「昭」に改める。  
「平」を「平」に改める。  
「和」を「和」に改める。

様式第三号(表面)及び様式第四号(表面)中「ナ」を「ナ」に改める。

様式第五号及び様式第六号中「ナ」を「ナ」に、「7」(「ナ」)を「9」(「ナ」)に改める。

様式第十五号、様式第十六号及び様式第十七号(表面)中「ナ」を「ナ」に改める。

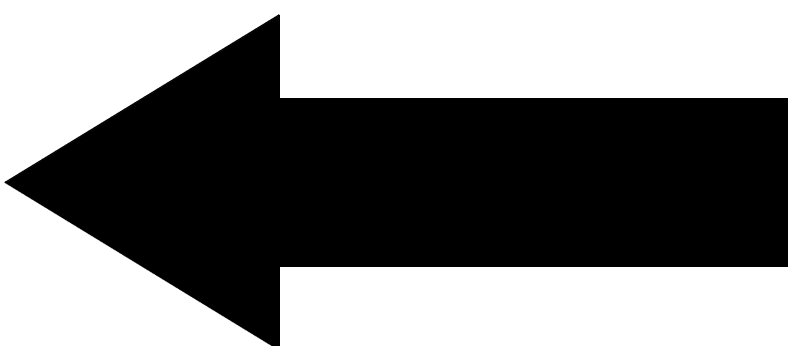
様式第十八号を次のように改める。







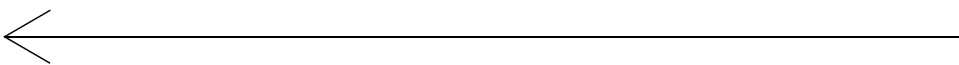
様式第十九号及び様式第二十一号から様式第二十三号までの様式中「~~付添~~」を「~~添付~~」に改める。



(じん肺法施行規則の一部改正)

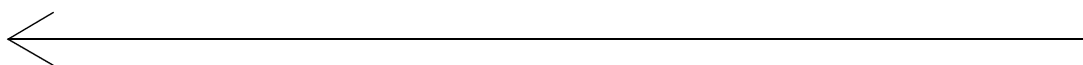
第二十六条 じん肺法施行規則(昭和三十五年労働省令第六号)の一部を次のように改正する。

様式第七号を次のように改める。





様式第八号（表面）を次のように改める。



じん肺健康管理実施状況報告

80308

ページ / 総ページ

労働保険番号, 事業場の名称, 事業の種類, 郵便番号, 電話

対象期間, 健診年月日

定期健康診断実施機関の名称, 定期健康診断実施機関の所在地

粉じん作業従事労働者数 (12月末日現在)

本年度に実施したじん肺健康診断実施者の延数

(\*1) 粉じん作業従事労働者及び粉じん作業に従事したことがある労働者のじん肺管理区分別内訳

産業界等, 氏名, 所属医療機関の名称及び所在地

年月日

事業者職氏名

労働基準監督署長経由

労働局長殿

受付印

(薬剤師法施行規則の一部改正)

第二十七条 薬剤師法施行規則(昭和三十六年厚生省令第五号)の一部を次のように改正する。

様式第六を次のように改める。



薬 剤 師 届 出 票

(令和 年12月31日現在)

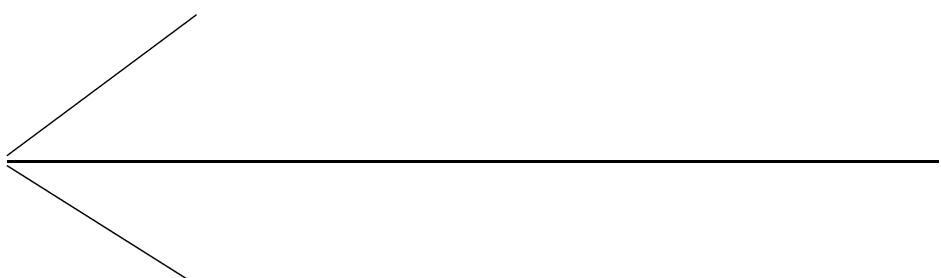
(1) 住 所	〒□□□□—□□□□ 都 道 府 県	
ふ り が な		電 話
(2) 氏 名		( — — )
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 5 明治 年 月 日
(5) 薬 剤 師 名 簿 登 録 番 号	第 号	(6) 薬 剤 師 名 簿 登 録 年 月 日 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日
(7) 主 に 従 事 し て いる 施 設 及 び 業 務 の 種 別	施設の種別	業 務 の 種 別
	薬局	01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者
	病院	03 調剤・病棟業務 04 その他(治験、検査等)
	診療所	05 調剤・病棟業務 06 その他(治験、検査等)
	介護保険施設	07 介護老人保健施設の勤務者 08 介護医療院の勤務者
	大学	09 勤務者(研究・教育) 10 大学院生又は研究生
	医薬品関係企業	11 医薬品製造販売業・製造業(研究・開発、営業、その他) 12 店舗販売業 13 配置販売業 14 卸売販売業
	上記以外の施設	15 衛生行政機関又は保健衛生施設の従事者
	その他	16 その他の業務の従事者 17 無職の者
	業務の種別の01～17のうち1つを○で囲むこと。	
ふ り が な		電 話
(8) 従 事 先 の 名 称 (7)欄の01～16のいずれかを○で囲んだ者のみが記入すること。		代表電話 ( — — )
(9) 従 事 先 の 所 在 地 (7)欄の01～16のいずれかを○で囲んだ者のみが記入すること。所在地と(1)住所が同じ場合は☑し記入は不要。	〒□□□□—□□□□ (1)住所と同じ □ 都 道 府 県 市 郡 区 町 村	
(10) 就 業 形 態 (7)欄の01～09及び11～16のいずれかを○で囲んだ者のみが記入すること。	1・2いずれかを○で囲むこと。 ※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間の全てを勤務している者(ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない)。「非常勤」とは「常勤」以外の者。 1 常勤 2 非常勤	
(11) 休 業 の 取 得 (7)欄の01～09及び11～16のいずれかを○で囲んだ者のみが記入すること。	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業	
(12) 本 届 出 票 の 活 用 に 対 す る 確 認	各都道府県における薬剤師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した必要な情報((1)～(4)、(7)～(11)欄。(4)は生年のみ。)を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。	
(12) 本 届 出 票 の 活 用 に 対 す る 確 認	同意しない場合	
(13) 備 考		



(児童扶養手当法施行規則の一部改正)

第二十八条 児童扶養手当法施行規則(昭和三十六年厚生省令第五十一号)の一部を次のように改正する。

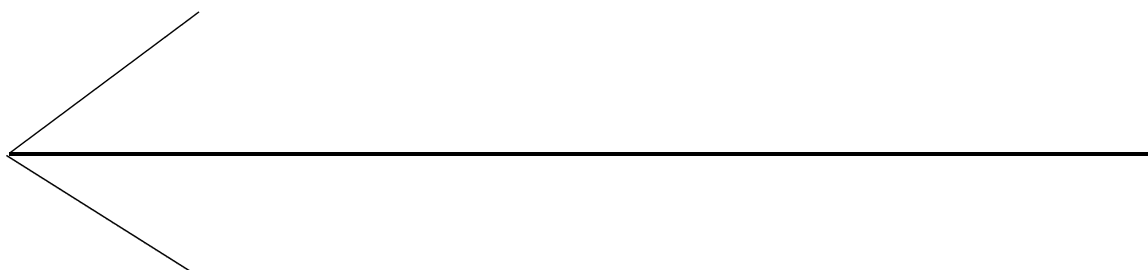
様式第一号を次のように改める。





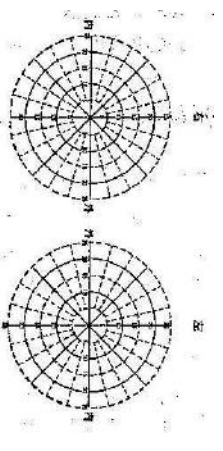
- 1 ⑦の欄は、住所地の金融機関のうちで支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その名称及び口座番号を記入してください。
- 2 ⑩、⑪及び⑫の欄の「受けることができる」とは、現に受けているとき、申請中であるとき又は申請すれば受けることができる状態にあるときをいいます。
- 3 ⑩、⑪及び⑫の欄の「公的年金」とは、「遺族年金（遺族基礎年金、遺族厚生年金及び遺族共済年金を含む。）」、「老齢年金（老齢基礎年金、老齢厚生年金及び退職共済年金を含む。）」、「障害年金（障害基礎年金、障害厚生年金及び障害共済年金を含む。）」、「母子年金」、「恩給」等をいいます。
- 4 ⑬の欄は、児童が児童扶養手当の支給対象となつた日以後、あなた（請求者）が当該児童の監護等（あなたが母の場合には監護し、かつ、生計を同じくすること、養育者の場合には養育すること）を始めた年月日を記入してください。
- 5 ⑭及び⑮の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入して差し支えありません。
- 6 ⑯の欄は、児童が父若しくは母の死亡により受けることができる「公的年金」若しくは「遺族補償」の受給状況又はあなたが母若しくは養育者である場合であつて児童が父に支給される公的年金の額の加算の対象となつていないときに父の「公的年金」の受給状況、あなたが父である場合であつて児童が母に支給される公的年金の額の加算の対象となつていないときは母の「公的年金」の受給状況を記入してください。
- 7 ⑰の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合にはあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
- 8 ⑱の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者、扶養親族の合計数を記入して下さい。  
なお、地方税法に定める老人控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（ ）内に再掲してください。  
(1) 請求者については、①に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、②に特定扶養親族の数を、③に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。  
(2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 9 ⑲の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。  
また、前年（1月から6月までの間に請求する人の場合には、前々年をいいます。）の12月31日時点において請求者によつて生計を維持していた児童の人数を記入してください。
- 10 ⑳の欄は、前年（1月から6月までの間に請求する人の場合には、前々年をいいます。）の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び先物取引に係る雑所得等の金額の合計数を記入してください。
- 11 ㉑の欄は、請求者が母である場合には、その児童の父から、請求者が父である場合には、その児童の母から、対象児童についての扶養義務を履行するための費用として受け取った金品等の所得の金額を記入するとともに、それぞれ母若しくは父又は児童に支払われた額とその金額の8割に相当する額（1円未満四捨五入）を記入し、合計の欄には、それぞれの金額の8割に相当する額の合計額を記入してください。
- 12 ㉒の欄は、寡婦控除、寡婦控除特別加算若しくは寡夫控除（以下「寡婦控除等」という。）又は勤労学生控除を受けた場合は、その額（寡婦控除等のみなし適用を申請する場合は、その額）を記入してください。なお、請求者が母である場合には、寡婦控除及び寡婦控除特別加算の額、請求者が父である場合には、寡夫控除の額は控除しません。
- 13 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。なお、省略できるものがある場合もありますので、市役所、区役所又は町村役場の人に確認してください。
  - (1) あなたと児童の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し
  - (2) 請求者が母であり、児童と同居していない場合には、児童を監護していることを明らかにすることができるとする書類
  - (3) 請求者が父であり、児童と同居していない場合には、児童を監護し、かつ、これと生計を同じくしていることを明らかにすることができるとする書類
  - (4) 請求者が母又は父以外の者である場合には、父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者が児童を養育していることを明らかにすることができるとする書類
  - (5) 児童又は児童の父若しくは母が障害の状態にある場合には、医師又は歯科医師の診断書、次の傷病による場合には、エックス線直接撮影写真  
呼吸器系結核・肺炎・肺のうよう・けい肺・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・動脈りゆう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他認定又は診査に際し必要と認められるもの
  - (6) 次の場合は、その事実を明らかにすることができるとする書類  
㊦父又は母が生死不明の場合、㊧父又は母が1年以上遺棄している場合、㊨父又は母がそれぞれ母又は父の申立てにより保護命令を受けた場合、㊩父又は母が1年以上拘禁されている場合
  - (7) 本年1月2日以後現住所に転入された方は、㉓から㉕までの欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書
  - (8) 児童若しくは請求者が公的年金若しくは遺族補償等を受けることができる場合又は児童が公的年金の加算の対象となつていない場合には、その給付を行う者の証明書
  - (9) 請求者（母又は父を除く。）又はその扶養義務者に関する、寡婦控除等のみなし適用を希望する場合は、その事実を明らかにすることができるとする書類（当該者の戸籍の謄本又は抄本等）
  - (10) このほかの書類も必要になる場合がありますので、詳しいことは市役所、区役所又は町村役場の人に聞いてください。
- 14 この請求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。  
◎ 虚偽の内容を記載した場合には、手当額の全部又は一部の返還のほか、一定の金額の納付を命ぜられ、また、処罰される場合があります。

様式第二号(一)(表面)を次のように改める。



様式第二号(一)(第一条関係)

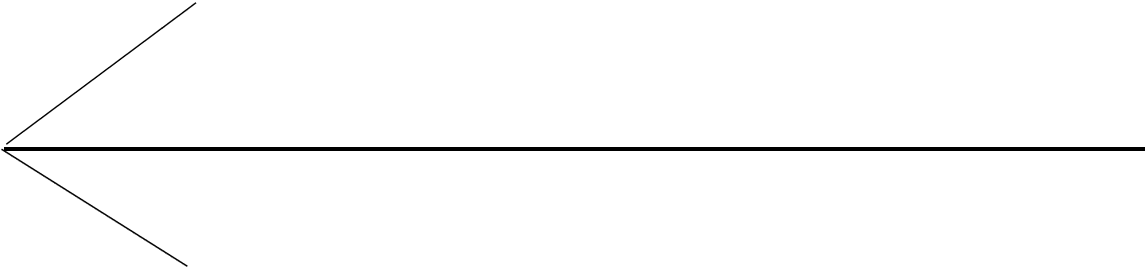
(表 面)

児童扶養手当障害認定診断書(視覚障害用)					
(ふりがな)					
① 氏名				② 生年月日	大正 昭和 平成 令和
③ 住所				④ 障害の原因となった 傷病名	年 月 日
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 〔疾病・不慮災・労災・戦 傷災・その他〕			⑥ 傷病発生年月日	年 月 日
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日			⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無
⑨ 視力					
現		裸	眼 矯	正 矯	正 眼 鏡
		右 眼			D
		左 眼			D
⑩ 視野					
					
⑪ 所見					
右 (前眼部)					
左					
左 (中間透光体)					
右					
左 (眼底)					
右					
左					

⑫ 備考	
上記の通り診断します。	令和 年 月 日
病院又は診療所の名称 所 在 地	
診療担当科名 医師氏名 (印)	

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

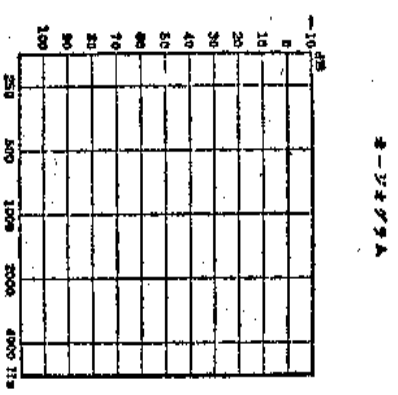
様式第二号(二)(表面)を次のように改める。



様式第二号(二)(第一条関係)

(表 面)

(ふりがな)		児童扶養手当障害認定診断書		聴力・平衡機能障害用	
		聴覚機能・音声言語機能			
① 氏名		② 生年月日		大正 昭和 平成 令和	
③ 住所		④ 障害の原因となつた傷病発生日			
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 〔疾病・不慮災・労災・戦〕	⑥ 傷病発生日			
⑦ ④のためはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要		有	無
⑨ 聴力障害					
現		聴力損失又は聴力レベル		障害	
症(機能障害診断)		聴力損失(旧規格)		左	デシベル
				右	デシベル
		聴力レベル(新規格)		左	デシベル
				右	デシベル
最良語音明瞭度					



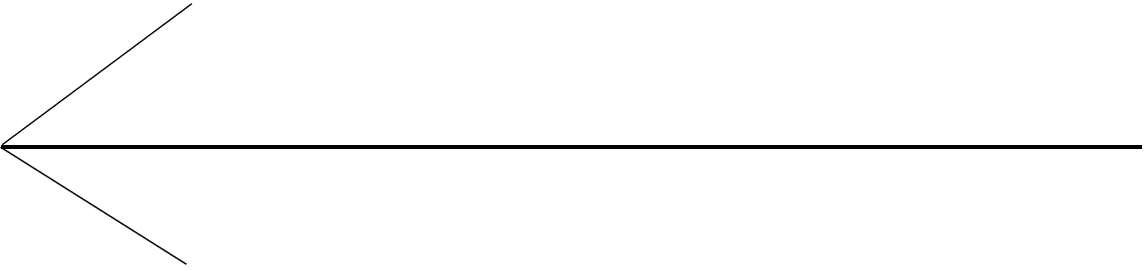


		左	%	
		右	%	
		使用したオージオメータの型式		
		⑩ 平衡機能障害		
所見				
		⑪ 咀嚼機能障害		⑫ 音声言語機能障害
所見		所見		
⑬ 備考	上記のとおり診断します。			
病院又は診療所の名称 所在地		令和 年 月 日		
診療担当科名		医師又は歯科医師名 (印)		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

様式第二号(三)(表面)を次のように改める。











⑯補助用具使用状況	時	イ 義 手 ホ 杖 リ 補助用小道具	ロ 義 足 ハ 上肢補装具 ニ 下肢補装具				
⑰日常生活動作の障害程度	常 と 使 き 用 せ ざ	リ 補助用小道具	ヌ その他(具体的に)	つまむ(新聞紙が引きぬけない程度).....	左 右	ズボンの着脱(姿勢に関係なくズボンをはく).....	左 右
				にぎる(丸めた週刊紙が引きぬけない程度).....	左 右	靴下をはく(姿勢に関係なく片手で行なつてよい)...	左 右
				タオルをしぼる(水がきれる程度).....	両手	坐る・正座・横すわり・あぐら・脚をなげだし 立ち上る.....	
				ひもをむすぶ.....	両手	片足で立つ.....	左 右
				はし さじ	左	最敬礼をする.....	
				で食事をする.....	右	歩く.....	室内 室外
				顔を洗う(顔に手のひらをつける).....	左	階段をのぼる	
				便所の処置をする	右	階段を降りる	
				上衣の着脱(かぶりシャツを着て脱ぐ).....	左	ズボンのまえのボタン のところに手をやる (臀のところの手をやる).....	
				(ワイシャツを着てボタンをとめる).....	右	手すり 要・不要	

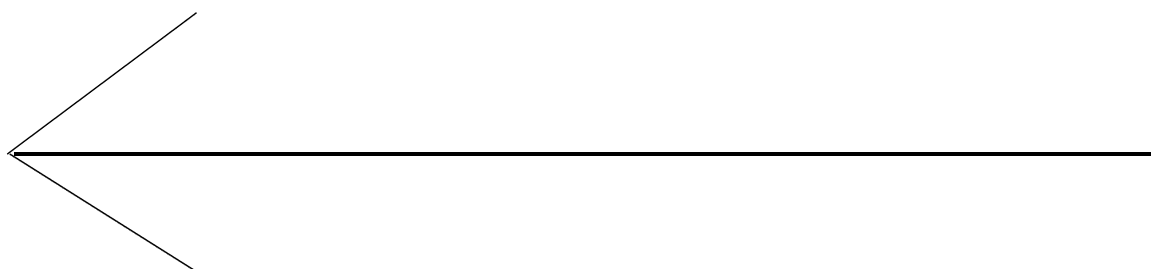
<p>⑱ 備 考</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">病院又は診療所の名称 所            在            地</p> <p style="text-align: center;">診療担当科名            医師氏名            (印)</p>	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

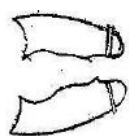
◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。



様式第二号(四) (表面) を次のように改める。



(表) (面)

児童扶養手当障害認定診断書(呼吸器結核用)			
(ふりがな)			
① 氏名		② 生年月日	大正 昭和 平成 令和
③ 住所		④ 障害の原因となつた傷病発生日	主要疾病 合併症
⑤ 傷病の原因又は誘因		⑥ 傷病発生日	年 月 日
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定要	有 ・ 無
⑨ 既往症及び既存障害			
⑩ 初診時 自覚症状 理学的所見 赤沈値 検査成績	発熱・盗汗・食欲不振・瘦削・胸痛・疲労・倦怠・咳嗽・喀痰・咯血又は血痰・その他( )・なし		
	1時間値	mm	2時間値
	塗抹+・-(ガフキー	号)培養+・-(コロニー	個)
⑪ 症状の経過			
⑫ 現在までの治療状況			
⑬ 喀痰中菌検査の推移			
初診から現在までの臨床的経過			⑭ 初診時レントゲン所見
			 (所見) 年 月 日撮影
			⑮ レントゲン所見

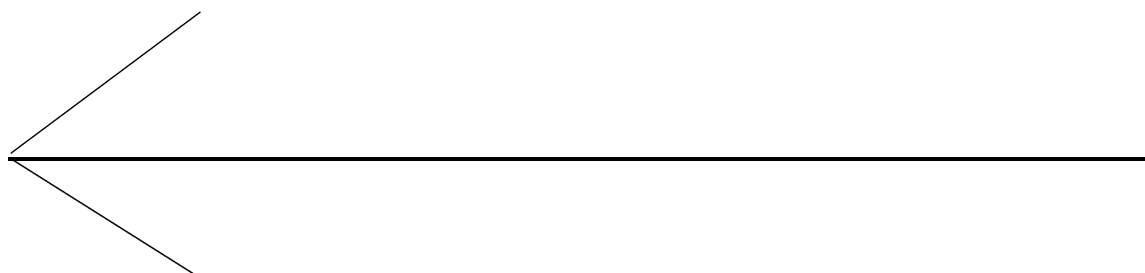
⑮ 胸部理学的 所見													年 月 日						
	⑯ その他の所見																		
⑰ 症状の要 概	栄養状態	〔良・中・不良〕		盗汗	〔有・無〕		食慾	〔良・中・不良〕		体温	〔平熱・微熱・中等熱・ 高熱・弛張熱〕								
	咳嗽	〔多・少・無〕		喀痰	〔多・少・無〕		腹痛	〔有・無〕		便秘	〔普通・便秘・下痢〕 〔1日平均 回〕								
	排尿痛	〔有・無〕		尿意頻数	〔有・無〕		嘔声	〔有・無〕		咽頭痛	〔有・無〕								
	骨関節機能障害〔有・無〕				骨関節変形〔有・無〕				その他〔 〕										
⑱ 検査成績	塗抹＋・・・(ガフキー培養＋・・・(コロニー 号) 個)												⑳ 赤沈値	1時間値	2時間値	㉑ 安静度	度		
㉒ 計測	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	術の側機能障害	自動的	前上方	後上方	側上方	内転	外転						
	胸囲充盈差	cm	脈搏		体温	℃	肩関節障害	他動的	度	度	度	度	度						
	体温差		呼吸		肺活量	C.C.			度	度	度	度	度						
㉓ 予後																			
㉔ 備考	上記のとおり診断します。																		
病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名 (印)																			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

令和 年 月 日

様式第二号(五) (表面) を次のように改める。



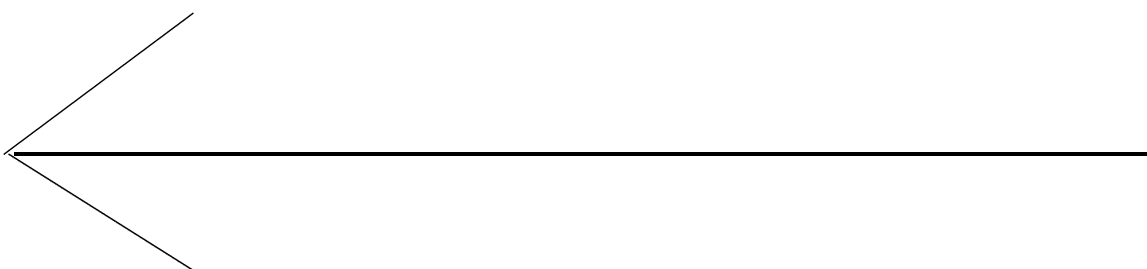
様式第二号（五）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書〔呼吸器系結核以外の結核症・心肺機能障害及び高血圧症用〕								
① (ふりがな)氏名	-----			② 生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日			
③ 住 所				④ 障害の原因となつた傷病名	主要疾病 合併病			
⑤ 傷病の原因又は誘因				⑥ 傷病発生日	年 月 日			
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日			⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無			
⑨ 既往症及び既存障害								
初診から現在までの臨床的経過	⑩ 初診時所見							
	⑪ 症状の経過							
	⑫ 現在までの治療状況							
現 症	⑬ 症状の概要					⑮ レントゲン所見		
	⑭ 現在の主要所見					令和 年 月 日撮影 (所見)		
	⑯ 計測及び検査所見	身長	cm	体重	kg	胸 囲	cm	
		体温	℃	脈 搏		呼 吸		
		肺活量	cc	動脈血酸素飽和度		血 圧		
		尿検査所見	比重( )蛋白-・±・+( c/00)沈渣所見( )					
		腎機能検査所見	P S P	血中残余窒素量		mg / dl		
			その他の腎機能検査所見					
		眼底						
		心電図所見						
その他の検査所見								
⑰ 予 後								
⑱ 備 考								
上記のとおり診断します。				令和 年 月 日				
病院又は診療所の名称 所 在 地				診療担当科名 医師氏名 ㊟				

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。  
◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

様式第二号(六) (表面) を次のように改める。



様式第二号（六）（第一条関係）

（表 面）

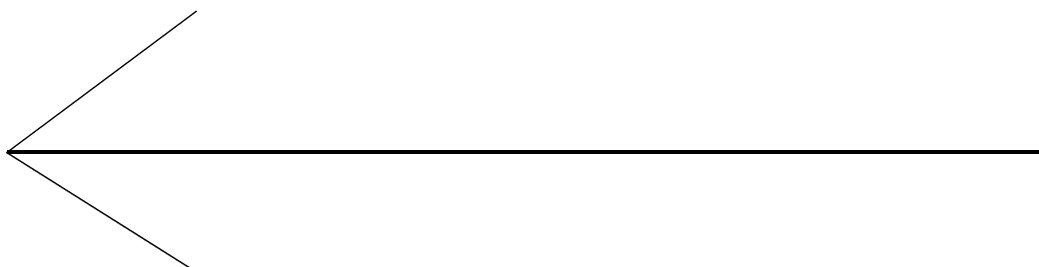
児童扶養手当障害認定診断書（精神及び脳疾患用）			
① (ふりがな)氏名	-----	② 生 年 月 日	大正昭和 平成令和 年 月 日
③ 住 所		④ 障害の原因となつた傷病名	主な精神障害（ 合併精神障害（ 合併身体障害（
⑤ 傷病発生年月	主な精神障害 合併精神障害 合併身体障害 年 月 日	⑥ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日
⑦ 入院年月日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無
既現 往病 歴歴 及 び	⑨ 生活歴及び発病前状況等		
	⑩ 現 病 歴		
現 在 の 状 態 像	⑪ 現在まで受けた特殊療法等	1 特殊薬物療法 2 インシュリン療法 3 痙攣療法 4 持続睡眠療法 5 熱療法 6 駆梅療法 7 精神療法 8 作業療法 9 その他（ ）	
	⑫ 抑 う つ 状 態	1 思考・運動制止 2 刺戟性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他（ ）	
	⑬ そ う 状 態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情昂揚・刺戟性 4 その他（ ）	
	⑭ 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他の思考障害（ ）	
	⑮ 精神運動興奮及び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他（ ）	
	⑯ 意 識 障 害	1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 痙攣 5 精神（運動）発作 6 不機嫌 7 その他（ ）	
	⑰ 知的障害及び器質的欠陥状態	1 重度知的障害 2 中度知的障害 3 軽度知的障害 4 認知症	
⑱ 統合失調症等欠陥状態	1 自閉 2 感情の鈍麻冷却 3 無為 4 その他（ ）		
⑲ そ の 他			
⑳ 問 題 行 動	1 殺人 2 傷害 3 暴行 4 脅迫 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火 10 弄火 11 器物破損 12 窃盗 13 盗癖 14 ぶじよく 15 強盗 16 恐かつ 17 無銭飲食 18 無賃乗車等 19 はいかい 20 家宅侵入 21 性的異常 22 風俗犯的行動 23 無断離院 24 その他（ ）		
㉑ 身 体 症 状	1 失禁 2 麻痺（全・片） 3 言語障害 4 瞳孔異常 5 梅毒反応（血液・脊髄液） 6 錘体外路障害 7 その他（ ）		
精神科 特殊看 護及び 指導	㉒ 要注意必要度		
	㉓ 日常生活の介助指導・必要度		
㉔ 医学的総合判定			
㉕ 備 考			
上記のとおり診断します。 病院又は診療所の名称 所 在 地		令和 年 月 日	
		診療担当科名	医師氏名 ㉞

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

様式第三号中「~~表面~~」を「~~表面~~」に改める。

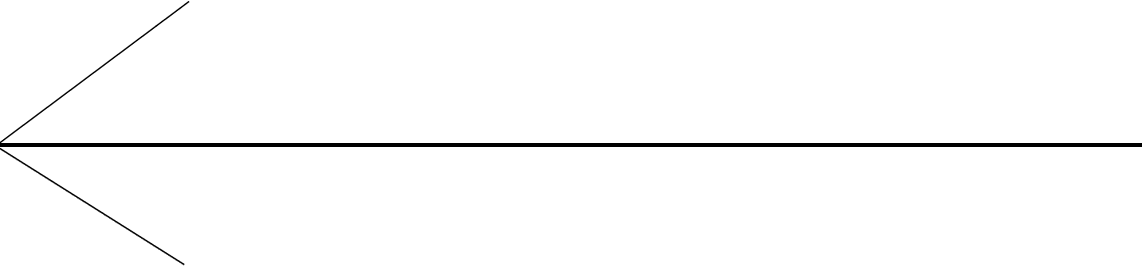
様式第四号（表面）を次のように改める。







様式第五号（表面）を次のように改める。



様式第五号（第三条関係）

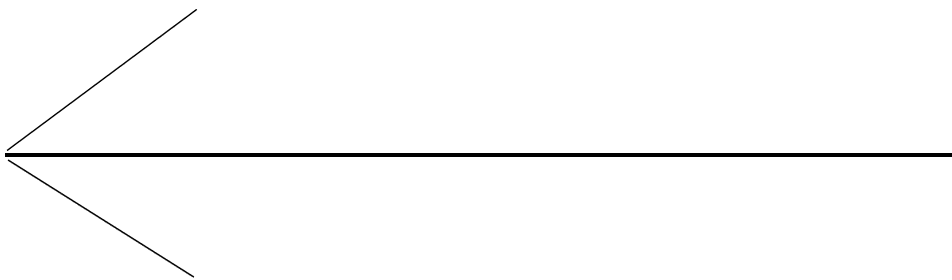
（表 面）

※※第 号			
※経 由 町 村 名		※市 区 町 村 令 和 年 月 日 受 付 年 月 日	
※町 村 令 和 年 月 日 提 出 第 号		※町 村 令 和 年 月 日 再 提 出 第 号	
<u>児童扶養手当額改定届</u>			
(ふりがな) 氏 名		証 書 番 号	第 号
住 所			
対象児童でなくなった 児童の氏名生年月日	対象児童でなくなった 理由	理由の発生した 年 月 日	
(平成 年 月 日生) 令和	イロハニホヘトチリヌ ルヲ	令和 年 月 日	
(平成 年 月 日生) 令和	イロハニホヘトチリヌ ルヲ	令和 年 月 日	
(平成 年 月 日生) 令和	イロハニホヘトチリヌ ルヲ	令和 年 月 日	
上記のとおり、児童扶養手当の額の改定について届け出ます。 令和 年 月 日 氏 名 殿 都道府県知事（福祉事務所長） 市 町 村 長（福祉事務所長）			
※※ 証書作成 令和 年 月 日		※※ 改定通知 令和 年 月 日 第 号	

- ◎ 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がありません。  
◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

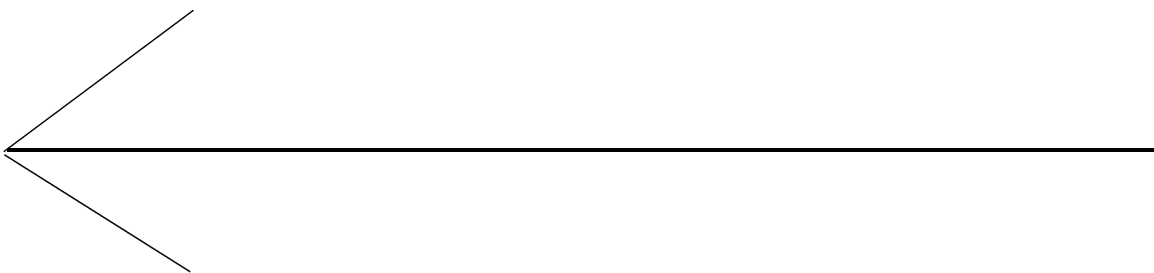
様式第五号の二から様式第五号の四まで中「~~ナ~~」を「~~ナ~~」に改める。

様式第六号（表面）を次のように改める。





様式第八号から様式第十六号まで中「~~ホロ~~」を「~~ホロ~~」に改める。



(戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)

第二十九条 戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則(昭和三十八年厚生省令第十三号)の一部を

次のように改正する。

様式第一号表面を次のように改める。







様式第一号の二表面を次のように改める。





様式第二号及び様式第三号中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。



(戦傷病者特別援護法施行規則の一部改正)

第三十条 戦傷病者特別援護法施行規則(昭和三十八年厚生省令第四十六号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第三号の二まで中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

様式第三号の三(一)を次のように改める。



様式第3号の3(1) (第6条関係)

療 養 券 (病院・診療所用)					
公費負担者番号					認 定 年 月 日
公費負担医療の 受 給 者 番 号					昭和 平成 年 月 日 令和
戦 傷 病 者	氏 名			生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	現 住 所				
療養を必要とする傷病名					
療養を認める期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	〔入院〕 〔入院外〕	
療養を受けようとする医療機関 (病院・診療所)		所在地			
		名 称			
上記のとおり決定する。					
令和 年 月 日					
都道府県知事 氏 名 <input type="text"/>					

注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第三号の三（二）を次のように改める。



様式第3号の3(2) (第6条関係)

療養券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用)						
公費負担者番号					認 定 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号					昭和 平成 令和 年 月 日	
戦 傷 病 者	氏 名				生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	現 住 所					
療養を認める 期間		令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日まで	
療養を受けよう とする医療機関 (指定訪問看護 事業者・指定居宅 サービス事業者・ 指定介護予防サー ビス事業者)名						
訪問看護ステー ション・居宅 サービス事業所 ・介護予防サー ビス事業所	所在地					
	名 称					
療養を受けよう とする医療機関 (病院・診療所)	所在地					
	名 称					
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span></p>						

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第三号の三（三）を次のように改める。





様式第3号の3(3) (第6条関係)

療 養 券 ( 薬 局 用 )						
公費負担者番号					認 定 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号					昭和 平成 年 月 日 令和	
戦 傷 病 者	氏 名				生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	現 住 所					
療 養 を 認 め る 期 間		令 和	年	月	日 从 ち	
		令 和	年	月	日 まで	
療 養 を 受 け よ う と す る 医 療 機 関 ( 薬 局 )	所 在 地					
	名 称					
療 養 を 受 け よ う と す る 医 療 機 関 ( 病 院 ・ 診 療 所 )	所 在 地					
	名 称					
上記のとおり決定する。						
令和 年 月 日						
都道府県知事 氏 名					印	

注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十号から様式第十三号まで中「㊦」を「㊧」に改める。  
様式第十四号（一）を次のように改める。



様式第14号(1) (第13条関係)

更生医療券 (病院・診療所用)						
公費負担者番号						交付年月日
公費負担医療の 受給者番号						平成 令和 年月日
戦 傷 病 者	氏名				生年月日	明治 大正 昭和 年月日
	現住所				職業	現職
						希望職業
	原傷病名					
現在の障害部 位及び程度						
医療の具体的方 針	入院 入院外					
指定医療機関(病 院・診療所)名			指定医療機関(病院 ・診療所)所在地			
医療費概算額			診療予定期間		有効 期間	自 月 日 至 月 日
上記のとおり決定する。						
令和 年 月 日						
都道府県知事 氏 名 <input type="text"/>						

注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十四号（二）を次のように改める。



様式第14号(2) (第13条関係)

更生医療券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用)					
公費負担者番号					交付年月日
公費負担医療の 受給者番号					平成 令和 年月日
戦傷病者	氏名			生年月日	明治 大正 昭和 年月日
	現住所				
訪問看護の具体的方針					
指定医療機関(指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者)名					
訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所名		訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所所在地			
指定医療機関(病院・診療所)名		有効期間		自 月 日 至 月 日	
上記のとおり決定する。					
令和 年 月 日					
都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>					

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事)提起することができます(なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十四号(三)を次のように改める。



様式第14号(3) (第13条関係)

更生医療券 (薬局用)						
公費負担者番号						交付年月日
公費負担医療の 受給者番号						平成 令和 年月日
戦傷病者	氏名				生年月日	明治 大正 昭和 年月日
	現住所					
指定医療機関 (薬局)名					指定医療機関 (薬局)所在地	
指定医療機関 (病院・診療所) 名					有効期間	自 月 日 至 月 日
上記のとおり決定する。						
令和 年 月 日						
都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>						

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十五号から様式第十七号まで中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。  
様式第十八号を次のように改める。





様式第18号（附則第4項関係）

療養給付認定票交付請求書			
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和
氏名			年 月 日
本籍		現住所	
もとの身分		復員年月日	昭和 平成 令和
負傷又は疾病の名称		負傷又は疾病の発生年月	昭和 平成 令和
負傷又は疾病の発生した場所		療養の給付を必要とする期間	令和 年 月 日から（入院） 令和 年 月 日まで（入院外）
療養の給付を受けようとする医療機関の名称及び所在地			
<p>戦傷病者特別援護法附則第11項の規定により療養の給付を受けたく、関係書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>都道府県知事 殿</p>			

注意 最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。  
備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十九号中「~~平~~」を「~~平~~」に改める。



(特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則の一部改正)

第三十一条 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則(昭和三十九年厚生省令第三十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)を次のように改める。





様式第三号（表面）中「~~表面~~」を「~~表面~~」に改める。

様式第四号（表面）を次のように改める。



様式第四号(第二条関係)

(表 面)

※※第 号						
※経 由 市町村名		市区町村 令和 . . 受付年月日				
市区町村 令和 . . 提 出 第 号		市区町村 令和 . . 再提出 第 号				
特別児童扶養手当額改定請求書						
あと なに たつ のい こて	①(ふりがな) 氏 名			②証 書 の 記号・番号	第 号	
	③住所			④個人番号		
障 害 児 の こ と に つ い て	⑤支給対象障害児の氏名 (生年月日)	〔 平成 年 月 日生 〕		〔 平成 年 月 日生 〕		
	⑥個人番号					
	⑦請求者との続柄 (同居・別居の別)					
	⑧父の氏名					
	⑨母の氏名					
	⑩障害による年金の受給状 況	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない	種類 ( )	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない	種類 ( )	
	⑪身体障害者手帳の番号及 び障害等級					
	⑫障害名					
関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 知事 氏 名 ⑩ 市長 殿						
※※ 改定・却下	改定年月 年 月	対象障害児数 (1級) 人 (2級) 人	証書	作成・改訂	令和 . . 第 号	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。  
記名押印に代えて証明することができます。

(日本工業規格 A列4番)

様式第五号（表面）を次のように改める。



様式第五号(第三条関係)

(表 面)

※※第 号			
※経 由 市区町村名		※市区町村 受付年月日 令和 . .	
※市区町村 提 出 第 . . 号		※市区町村 再提出 第 . . 号	
特別児童扶養手当額改定届			
(ふりがな) 受給者の氏名	-----	証書の 記号・番号	第 号
受給者の住所		個人番号	
支給対象障害児でなくなった障害児又は障害の 程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月 日	改定の理由	理由の発生した年月日	
〔平成 年 月 日生〕 〔令和 年 月 日生〕	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和 年 月 日	
〔平成 年 月 日生〕 〔令和 年 月 日生〕	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和 年 月 日	
上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。			
令和 年 月 日			
氏 名 ㊟			
知事 殿			
市長			
改定年月	対象障害児数	証書作成・改訂	
※※ 年 月	(1級) 人	令和 . . 第 号	
	(2級) 人		

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書<sup>かい</sup>ではつきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

(日本工業規格 A列4番)



様式第六号（表面）を次のように改める。



様式第六号(第四条関係)

(表 面)

※※整理番号 第 号		※市区町村 令和 . . . 受付年月日		※市区町村提出 令和 . . .			
特別児童扶養手当所得状況届 (令和 年分)							
①証書記号・番号 第 号		②氏名		③住所			
④個人番号		⑤受給者		⑥配偶者			
氏 名		/		/			
⑧個人番号		/		/			
⑨控除対象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、①老 人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計 数、②特定扶養親族の数、③16歳以上19歳 未満の控除対象扶養親族の数))		( ④ 人 ⑤ 人 ⑥ 人 )		( 人 )			
⑩⑨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		/		/			
⑪所 得 額		円 ※円		円 ※円			
控 除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である控除 対象配偶者及び扶養親族の数	円		円			
	⑬特別障害者である控除対象配偶者及び 扶養親族の数	円		円			
	⑭障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦 の特例・勤労学生の特例	円		円			
	⑮	円		円			
	⑯社会保険料等相当額	円		円			
⑰ 控 除 後 の 所 得 額		円		円			
⑱本年8月1日における支給対象 障害児の状況		障害児 氏 名	続 柄	生 年 月 日	同居別 居の別	在 学 学校名	学 年
				平成・令和 . . .	同居 別居		
				平成・令和 . . .	同居 別居		
				平成・令和 . . .	同居 別居		
				平成・令和 . . .	同居 別居		
				平成・令和 . . .	同居 別居		
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 令和 年 月 日 知 事 殿 氏名 ㊟ 市 長							
※ 審 査	⑤～⑰欄の 記載事項		⑱の欄及びその他の欄 の記載事項				
	上記のとおり、相違ありません。 令和 年 月 日		市区町村長 ㊟				
※※ 所得制限額 以上・未満							

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。記名押印に代えて証明することができます。

様式第八号から第十五号まで中「~~長~~」を「~~全~~」に改める。  
様式第十六号を次のように改める。



様式第十六号 (第三十条関係)  
第 号

督 促 状		一 般 会 計
令和 年度	厚生労働省所管	
昭和		
平成 年 月分から		
令和 昭和	特別児童扶養手当返納金	円
平成 年 月分まで		
令和		
指定期限 納付場所	令和 年 月 日限り	
<p>上記のとおり納付して下さい。 指定期限までに完納されないときは、納期限（令和 年 月 日）の翌日から、法律に定める金額の延滞金を加算して徴収 します。 指定期限を過ぎても完納されないときは、財産差押えの処分をすることがあります。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">歳入徴収官の官職氏名 (印)</p>		

用紙の大きさは、はがき大とすること。

様式第十七号（表面）中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。

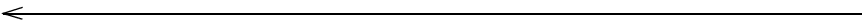


(激甚災害時における雇用保険法による求職者給付の支給の特例に関する省令の一部改正)

第三十二条 激甚災害時における雇用保険法による求職者給付の支給の特例に関する省令(昭和三十九年勞

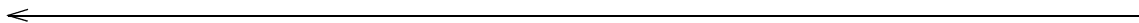
働省令第十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(1)(表面)を次のように改める。





様式第二号(1)(表面)を次のように改める。

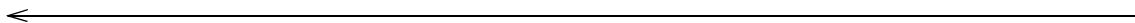








様式第二号(2)を次のように改める。



雇用保険被保険者休業票-2(賃金支払状況)

①被保険者番号	③フリガナ	④休業元号	年	月	日				
②事業所番号	休業者氏名	年月日							
⑤名称 事業所所在地 電話番号	⑥休業者の住所又は居所		〒 電話番号( ) -						
⑦(休業理由).....具体的な事情を記載すること。		⑧休業期間	年	月	日から 年 月 日まで				
事業主住所氏名	※ 令和 年 月 日付で交付した休業票(交付番号 番)に係る賃金支払状況である。				公共職業安定所長 <input type="checkbox"/>				
休業の前日以前1年間の賃金支払状況等									
⑨被保険者期間算定対象期間		⑩の期間における賃金支払基礎日数	⑪賃金支払対象期間	⑫の基礎日数	⑬賃金額		⑭備考		
①一般被保険者等	②短期雇用特例被保険者				①	②		計	
休業の日	月 日	休業の日 の 前日	月 日	休業の日 の 前日	日				
月 日	月 日	最後の就業月	月 日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
月 日	月 日	月	日	月 日	日				
⑮賃金に関する特記事項									
※ 公共職業安定所記載欄									

注意

1. 基本手当は、受給資格者が労働の意思及び能力を有するにもかかわらず職業に就くことができないときに支給するものであること。
2. 休業者が基本手当の支給を受けようとするときは、住所若しくは居所を管轄する公共職業安定所又は、休業止事業所の所在地を管轄する公共職業安定所のいずれかに出頭し、この休業票-2及び休業票-1(別紙)を提出すること。
3. 休業者が死亡したため、2によりこの休業票-2及び休業票-1(別紙)を公共職業安定所に提出できなかった場合において、遺族が基本手当の支給を受けようとするときは、休業者が死亡した際の住所又は居所を管轄する公共職業安定所又は休業止事業所の所在地を管轄する公共職業安定所のいずれかに出頭し、この休業票-2及び休業票-1(別紙)を提出すること。
4. 基本手当の支給を受けないときでも、後日必要な場合があるから、少なくとも4年間は大切に保管すること。
5. この休業票-2を滅失し、又は損傷したときは、交付を受けた公共職業安定所に申し出ること。

（戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則の一部改正）

第三十三条 戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則（昭和四十年厚生省令第二十七号）の一部を次のように改正する。

様式第一号表面を次のように改める。



戦没者等の遺族に対する特別弔慰金請求書						4-60		
戦没者等	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日
	もとの身分			死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日
	除籍時の本籍等	都道府県						
請求者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日
	戦没者等との続柄			個人番号				
	住所	〒 都道府県						
被相続人	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	死亡年月日	1 平成 2 令和	年	月	日
					戦没者等との続柄			
代理人等	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	区分	※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等			
	住所	〒 都道府県						
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
国債の償還金の希望支払場所	名称			所在地	都道府県	市区町村		
前回の特別弔慰金受給者	氏名			戦没者等との続柄	裁定通知書の記号及び番号(額面)	第 号		
	請求時の住所	都道府県				※ (1 40万 ・ 2 24万)		
平成21年4月1日から平成27年3月31日までの間に年金給付の受給者が失権した場合	受給者の氏名			証書の記号及び番号	第 号			
	戦没者等との続柄			失権の年月日及び事由	平成	年	月	日
上記により、「戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法」の特別弔慰金を請求します。								
令和 年 月 日				電話.....				
厚生労働大臣 殿 裁定都道府県知事				氏名 (印)				

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

（自治体使用欄）

国債交付取扱店名									
弔慰金の受給者	氏名	戦没者等との続柄	裁定通知書の記号及び番号						

様式第一号の二から様式第三号まで中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。



(理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正)

第三十四条 理学療法士及び作業療法士法施行規則(昭和四十年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号を次のように改める。





厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第一号(第一条の三関係)

## 理学療法士(作業療法士)免許申請書

平成	令和	年	月	施行	第	回	理学療法士(作業療法士) 国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード	
----	----	---	---	----	---	---	------------------------	-----	------	--------	--

(理学療法士及び作業療法士法附則第2項の規定により免許を受けようとする者については、免許を得た国名及び年月日並びにその免許の種類)

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 理学療法士(作業療法士)の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、理学療法士(作業療法士)免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	



様式第四号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付年月日		

## 理学療法士（作業療法士）免許証再交付申請書

登録番号	第		号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和		年		月		日
------	---	--	---	-------	-------------	-------------	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 曆		年		月		日
------	-----------------------	-----------------------	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和	年		月	施行第		回理学療法士（作業療法士） 試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)							

上記の理学療法士（作業療法士）免許証を（き損・亡失）したので、  
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県	
氏名		印	電話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

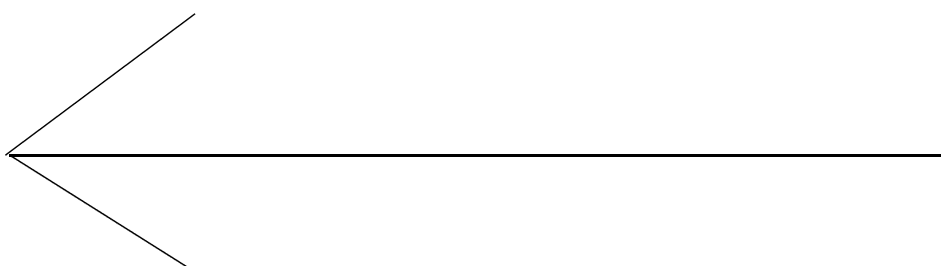
様式第五号及び様式第六号中「~~ホ~~」を「~~コ~~」に改める。



(母子保健法施行規則の一部改正)

第三十五条 母子保健法施行規則(昭和四十年厚生省令第五十五号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(一)及び様式第一号(二)を次のように改める。



様式第一号(一)(第九条関係)

養育医療券(病院・診療所用)					
公費負担者番号					交付年月日
公費負担医療の 受給者番号					令和 年 月 日
被保険者証等の 記号及び番号	保険者等の名称				
受療者	氏名				
	生年月日	平成 令和	年	月	日 男・女
申請者	氏名				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日 受療者との続柄
	住所				職業
指定養育医療機関 (病院・診療所)	名称				
	所在地				
診療予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
この券の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">                         市町村長                          氏 名印                     </div>					

(日本工業規格A列5番)

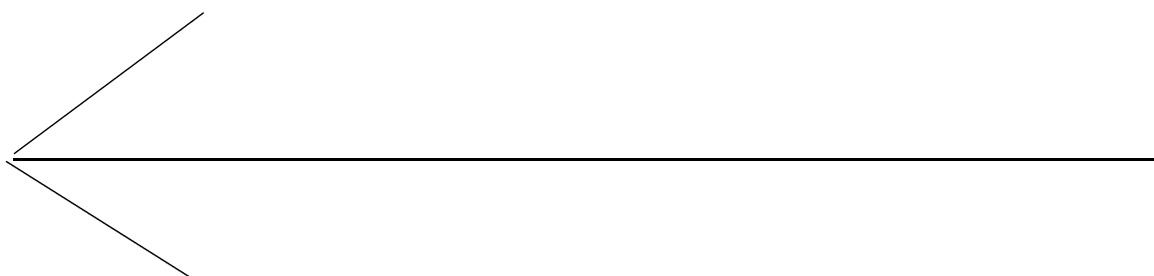
様式第一号(二)(第九条関係)

養育医療券(薬局用)									
公費負担者番号								交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受給者番号								令和 年 月 日	
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称							
受 療 者		氏 名							
		生年月日	平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
申 請 者		氏 名							
		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	受療者 との続 柄		
		住 所					職 業		
指定養育医療 機関	薬 局	名 称 所 在 地							
	病院・ 診療所	名 称 所 在 地							
調剤予定期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで					
この券の有効期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで					
<p>上記のとおり決定する。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長 氏 名印</p>									

(日本工業規格A列5番)



様式第三号中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。



(戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)

第三十六条 戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則(昭和四十一年厚生省令第二十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号表面を次のように改める。



戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書						2 - 28	
戦傷病者等	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和		
	氏 名	(姓)	(名)		年	月	日
	① もとの身分						
	② 退職時の本籍等	都 道 府 県					
	③ 平成28年4月1日において受けていた年金等又は受けたことがある一時金等の種別	※ 01 増加恩給 11 障害年金		02 傷病年金 12 障害一時金		03 特例傷病恩給 31 旧令共済組合公務傷病年金	
④ 平成28年4月1日における障害の程度			項 症 証 款 症 記 号 級 号 番 号				
請求者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和		
	氏 名	(姓)	(名)		年	月	日
	住 所	都 道 府 県					
	これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別			※ 1 受けた 2 受けない			
	⑥ これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合						
第 回特別給付金国庫債券 号	裁 定 通 知 書 記 号 番 号	第 号	請 求 当 時 の 住 所	都 道 府 県	市 区 町 村		
⑦平成28年4月1日において欠格事由（裏面7参照）に該当するか				※ 1 該当する 2 該当しない			
⑧ 被相続人	フリガナ			死 亡 年 月 日	1 平成		
	氏 名	(姓)	(名)		年	月	日
⑨ 代理人等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等		
	氏 名	(姓)	(名)				
住 所 都 道 府 県							
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名							
⑩ 国債の償還金の希望支払場所	名 称		所在地	都 道 府 県	市 区 町 村		
	上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。						
令和 年 月 日			電話				
厚生労働大臣 殿 裁定都道府県知事			氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

(市区町村使用欄)

国債交付取扱店名	
----------	--

様式第一号の二表面を次のように改める。



戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書

2 - 13

戦傷病者等	フリガナ			生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和		
	氏名	(姓)	(名)		年	月	日
	① もとの身分				死亡年月日	1 平成 2 令和	年 月 日
② 退職時の本籍等	都道府県						
③ 受けていた年金等又は受けたことがある一時金等の種別	※ 01 増加恩給		11 障害年金				
	02 傷病年金		12 障害一時金				
	03 特例傷病恩給		31 旧令共済組合公務傷病年金				
	04 傷病賜金		41 その他 ( )				

④ 請求者	フリガナ			生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和					
	氏名	(姓)	(名)		年	月	日			
	住所	〒 都道府県								
	これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別	※ 1 受けた		2 受けない						
	⑤ これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合	第 回特別給付金国庫債券 号	裁定通知書記号番号	第 号	請求当時の住所	都道府県	市区町村			
	⑥ 欠格事由 (裏面6参照) に該当するか	※ 1 該当する		2 該当しない						

⑦ 被相続人	フリガナ			死亡年月日	1 平成 年 月 日			
	氏名	(姓)	(名)		2 令和			
⑧ 代理人等	フリガナ			区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等			
	氏名	(姓)	(名)					
住所	〒 都道府県							

国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名

⑨ 国債の償還金の希望支払場所	名称		所在地	都道府県	市区町村
-----------------	----	--	-----	------	------

上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。

令和 年 月 日

電話 .....

厚生労働大臣 殿  
裁定都道府県知事

氏名 (印)

(市区町村使用欄)

国債交付取扱店名	
----------	--

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第二号及び様式第三号中「長」を「令」に改める。

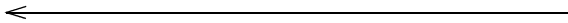


(労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則の一部  
改正)

第三十七条 労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則(昭和四十一年労働省令第二十三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。

様式第五号(第一面)を次のように改める。



雇用促進計画—1

①計画期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

Table with columns for plan number, business name, location, insurance numbers, employee counts (various categories), target increases, end dates, and business status.

② 他の法令に基づく労働者の雇入れを促進するための計画を作成しているか否か。

Form for question 2 with checkboxes for 'はい' (Yes) and 'いいえ' (No), and a field for the plan period.

②② ②②の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (次のア及びイの要件に該当する雇用保険一般被保険者に限る。)

Form for question 22 with a box for the answer.

②③ ②③の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②④ ②④の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②⑤ ②⑤の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②⑥ ②⑥の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②⑦ ②⑦の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②⑧ ②⑧の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

②⑨ ②⑨の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者 (雇用保険一般被保険者に限る。)

<計画開始時>

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第8条に基づき、雇用促進計画を提出いたします。

※⑧欄、⑨欄、⑫～⑭欄及び⑱～⑳欄は、計画期間の終期に記入

Form for labor policy implementation details including business name, address, and contact information.

Form for labor policy implementation details including business name, address, and contact information.

Plan start time stamp box.

<計画終了時> 労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第8条に基づき、雇用促進計画の達成状況について記載した書類を提出いたします。

Form for labor policy implementation details including business name, address, and contact information.

Form for labor policy implementation details including business name, address, and contact information.

Plan end time confirmation stamp box.

所在地・担当者名及び連絡先は計画開始時から変更のある場合のみ記載)

※受付公共職業安定所名



(戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)

第三十八条 戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則(昭和四十二年厚生省令第二十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号表面を次のように改める。





様式第一号の二表面を次のように改める。



様式第一号の二（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（継続）										3-05	
戦没者等	フリガナ			生 年 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日					
	氏 名			死 亡 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日					
	もとの身分										
請求者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日					
	氏 名			戦没者等との続柄							
	フリガナ										
	住 所										
	個 人 番 号										
被相続人	フリガナ			死 亡 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日					
	氏 名			戦没者等との続柄							
代理人等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	氏 名										
	フリガナ										
	住 所										
（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名										
	国 債 受 領 希 望 取 扱 店 名										
	フリガナ										
	国 債 の 償 還 金 の 希 望 支 払 場 所										
戦没者の父母等 が受けている 給付の種別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金	12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金	32 郵政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合 殉職年金								
受けていない場 合はその理由											
第三回特別給付金国庫債 券（額面金額10万円）を 受けたか受けないかの別	※ 1 受けた（号）	請求当時の住所	都道府県	市区町村							
	2 受けない	その理由									
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日 電話											
氏名 (印)											
厚生労働大臣 知事					殿						

様式第一号の三表面を次のように改める。



様式第一号の三（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（再継続）							3-07	
戦没者等	フリガナ 氏名		生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日	
	もとの身分		死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日	
	除籍時の本籍等							
請求者	フリガナ 氏名		生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日	
			戦没者等との続柄					
	フリガナ 住所							
	個人番号							
被相続人	フリガナ 氏名		死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日	
			戦没者等との続柄					
代理人等	フリガナ 氏名		区分	※ 1 代理人    2 親権者等    3 成年後見人等				
	フリガナ 住所							
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
国債受領希望取扱店名								
フリガナ								
国債の償還金の希望支払場所								
戦没者の父母等 が受けている 給付の種別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金	12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合 殉職年金	32 郵政省共済組合 殉職年金 33 国鉄共済組合 殉職年金 34 日本電信電話 公社共済組合 殉職年金					
受けていない場合はその理由								
第五回特別給付金国庫債券（額面金額30万円）を受けたか受けないかの別	※1 受けた（号）	請求当時の住所	都道府県	市区町村				
	2 受けない	その理由						
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。								
令和 年 月 日			電話					
厚生労働大臣 知事			氏名 殿					

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の四表面を次のように改める。



様式第一号の四（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（再々継続）										3-09	
戦没者等	フリガナ 氏名			生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日			
	もとの身分			死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
	除籍時の本籍等										
請求者	フリガナ 氏名			生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	住所			戦没者等との続柄							
	個人番号										
被相続人	フリガナ 氏名			死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
					戦没者等との続柄						
代理人等	フリガナ 氏名			区分	※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	フリガナ 住所										
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名											
国債受領希望取扱店名											
フリガナ											
国債の償還金の希望支払場所											
戦没者の父母等 が受けている 給付の種別	※01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金	12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金	32 郵政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合 殉職年金								
受けていない場合 はその理由											
第七回特別給付金国庫債券（額面金額60万円）を 受けたか受けないかの別	※1 受けた（号）	請求当時の住所	都道府県	市区町村							
	2 受けない	その理由									
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日										電話	
厚生労働大臣 知事										氏名 _____ 殿	

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）



様式第一号の五表面を次のように改める。



様式第一号の五（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（4回目継続）										3-14	
戦没者等	フリガナ 氏名			生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日			
	もとの身分			死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
	除籍時の本籍等										
請求者	フリガナ 氏名			生年月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
				戦没者等との続柄							
	フリガナ 住所								〒	電話	
	個人番号										
被相続人	フリガナ 氏名			死亡年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
				戦没者等との続柄							
代理人等	フリガナ 氏名			区分	※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	フリガナ 住所								〒	電話	
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名											
国債受領希望取扱店名											
国債の償還金の希望支払場所											
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別	※01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 00 受けていない	21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金	33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金								
第九回特別給付金国庫債券（額面金額60万円）を受けたか受けないかの別	※1 受けた（号） 2 受けない	受けた場合の請求当時の住所	都道府県	市区町村							
<p>上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>厚生労働大臣 知事 <span style="float: right;">殿</span></p>											

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の六表面を次のように改める。



様式第一号の六（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（5回目継続）							3 - 16	
戦没者等	フリガナ 氏名		生月 年日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日			
	もとの身分		死年月日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日			
	除籍時の本籍等							
請求者	フリガナ 氏名		生月 年日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日	戦没者等との続柄		
	フリガナ 住所		〒					
	個人番号							
	フリガナ 氏名		死亡年月日	1 平成 2 令和	年 月 日	戦没者等との続柄		
被相続人	フリガナ 氏名		死亡年月日	1 平成 2 令和	年 月 日	戦没者等との続柄		
	フリガナ 住所		〒					
代理人等	フリガナ 氏名		区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等				
	フリガナ 住所		〒					
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
国債受領希望取扱店名								
フリガナ								
国債の償還金の希望支払場所								
戦没者の父母等が受ける給付の有無及び受ける場合の種別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 90 受けていない	21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金	33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金					
第十四回特別給付金国庫債券（額面金額75万円）を受けたか受けないかの別				※ 1 受けた 2 受けない				
上記国庫債券を受けた場合								
裁定通知書の記号及び番号	親E裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所 都道府県 市区町村				
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。								
令和 年 月 日				電話				
厚生労働大臣 知事				氏名 殿				

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の七表面を次のように改める。



様式第一号の七（第1条関係）  
（表面）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（6回目継続）							3-19	
戦没者等	フリガナ 氏名		生年 月日	※1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日	
	もとの身分		死年 月日	※1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日	
	除籍時の 本籍等							
請求者	フリガナ 氏名		生年 月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日	
			戦没者等との続柄					
	フリガナ 住所							
	個人番号							
被相続人	フリガナ 氏名		死亡年月日	1 平成 2 令和		年	月	日
			戦没者等との続柄					
代理人等	フリガナ 氏名		区分	※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等				
	フリガナ 住所							
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
国債受領希望取扱店名								
フリガナ								
国債の償還金の希望支払場所								
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別                 ※ 01 公務扶助料 21 遺族給与金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 02 特例扶助料 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 11 遺族年金 31 旧令共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 90 受けていない								
第十六回特別給付金国庫債券（額面金額90万円）を受けたか受けないかの別				※ 1 受けた 2 受けない				
上記国庫債券を受けた場合								
裁定通知書の記号及び番号	親F裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所				
				都道府県		市区町村		
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 電話 _____ 氏名 _____ 殿								
厚生労働大臣 知事				殿				

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の八表面を次のように改める。



戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（7回目継続）							3-21	
戦没者等	フリガナ			生年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日		
	氏名			死年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日		
	①もとの身分							
③ 請求者	フリガナ			生年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日		
	氏名			戦没者等との続柄				
	フリガナ							〒
住所	フリガナ							〒
	住所							
④ 被相続人	フリガナ			死亡年月日		1 平成 2 令和	年 月 日	
	氏名			戦没者等との続柄				
⑤ 代理人等	フリガナ			区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等			
	フリガナ							〒
住所	フリガナ							〒
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
⑥ 国債受領希望取扱店名								
フリガナ								
⑦ 国債の償還金の希望支払場所								
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 90 受けていない	21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金	33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金					
第十九回特別給付金国庫債券（額面金額100万円）を受け取ったか受け取らないかの別					※ 1 受けた 2 受けない			
上記国庫債券を受けた場合								
裁定通知書の記号及び番号	第	親G裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所			
					都道府県		市区町村	
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。								
令和 年 月 日						電話		
						氏名		
厚生労働大臣 知事						殿		

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）



様式第一号の九表面を次のように改める。



戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（8回目継続）						3-24		
戦没者等	フリガナ 氏名			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年 月 日		
	①もとの身分			死 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年 月 日		
③ 請求者	フリガナ 氏名			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日		
	フリガナ 住所							〒
	個 人 番 号							
	④ 被相続人	フリガナ 氏名			死亡年月日	1 平成 2 令和	年 月 日	
⑤ 代理人等	フリガナ 氏名			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等			
	フリガナ 住所							〒
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名								
⑥ 国債受領希望取扱店名								
フリガナ								
⑦ 国債の償還金の希望支払場所								
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別 ※ 01 公務扶助料 21 遺族給与金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 02 特例扶助料 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 11 遺族年金 31 旧令共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 90 受けていない								
第二十一回特別給付金国庫債券(額面金額100万円)を受けたか受けないかの別					※ 1 受けた 2 受けない			
上記国庫債券を受けた場合								
裁定通知書の記号及び番号	親H裁定号	国債の記号	号	請 求 当 時 の 住 所				
				都道府県	市区町村			
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。								
令和 年 月 日				電話				
厚生労働大臣 知事				氏名 殿				

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の十表面を次のように改める。



戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（9回目継続）						3-26	
戦没者等	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	※ 1 明治 2 昭和 3 平成 年 月 日		
	①もとの身分			死亡年月日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
	②除籍時の本籍等	都道府県					
③請求者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	※ 1 明治 2 昭和 3 平成 4 令和 年 月 日		
	住所	〒 都道府県					
	個人番号						
④被相続人	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	死亡年月日	1 平成 2 令和 年 月 日		
					戦没者等との続柄		
⑤代理人等	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等		
	住所	〒 都道府県					
国債の受領を委任する市区町長等の名称				⑥国債交付取扱店名			
⑦国債の償還金の希望支払場所	名称			所在地	都道府県	市区町村	
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種類		※ 01 公務扶助料 22 特例遺族給与金 02 特例扶助料 31 旧令共済組合殉職年金 11 遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 21 遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 90 受けていない					
第二十四回特別給付金国庫債券(額面金額100万円)を受けたか受けないかの別				※ 1 受けた 2 受けない			
上記国庫債券を受けた場合							
記号及び番号	親I裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所			
				都道府県 市区町村			
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 電話 _____ 氏名 _____ ㊞ 厚生労働大臣 殿 裁定都道府県知事							

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第二号から様式第四号まで中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。



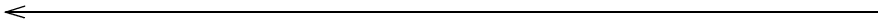
(社会保険労務士法施行規則の一部改正)

第三十九条 社会保険労務士法施行規則(昭和四十三年<sup>厚生省</sup>令第一号)の一部を次のように改正する。

<sup>労働省</sup>

様式第四号、様式第五号及び様式第五号の二中「長所」を「功績」に改める。

様式第九号を次のように改正する。



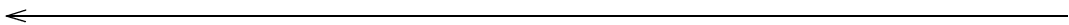
事務所増設許可申請書

①社会保険労務士登録番号	第 号		
②既設の事務所	所在場所		
	名称		
	登録年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
③増設予定の事務所	所在場所		
	名称		
④事務所の増設を必要とする事由			
⑤参考事項			
私は、上記により事務所を増設したいので、事務所増設の許可を申請します。			
令和 年 月 日			
住所			
氏名 ㊟			
都道府県労働局長 殿			

(注意) ⑤については、既設・増設予定事務所の従業者の氏名、職務その他参考事項を記入すること。

備考 用紙の大きさは、A4とする。

様式第十号（表）中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。





(職業能力開発促進法施行規則の一部改正)

第四十条 職業能力開発促進法施行規則(昭和四十四年労働省令第二十四号)の一部を次のように改正する。

様式第十二号の七及び様式第十二号の八を次のように改める。



キャリアコンサルタント登録申請書

キャリアコンサルタントの登録を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第 48 条の 16 第 2 項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ			生年月日	1. 大正 2. 昭和 年 月 日 3. 平成 4. 令和
氏名			性別	1.男 2.女
勤務先	名称			
	所在地	郵便番号 ( ) 都道 府県 電話番号 ( )		
自宅住所		郵便番号 ( ) 都道 府県 電話番号 ( )		
試験に合格した年月日		試験合格証書番号		
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法（昭和 44 年法律第 64 号。以下「法」という。）又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第 30 条の 22 第 2 項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から 2 年を経過しない者			
厚生労働大臣			年 月 日	
指定登録機関代表者			氏名 印	
収入印紙 (消印しないこと。)				
又は領収証書を貼ること。				

注意

- 1 該当する□は、☑と記入すること。
- 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。
- 3 指定登録機関が行うキャリアコンサルタントの登録を受けようとする場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 4 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 5 この申請書には、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し（試験に合格した年月日から 5 年を経過した日以降に登録申請を行う場合は、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し及び講習の修了証又はこれに代わるべき書面）を添えること。

キャリアコンサルタント登録更新申請書

キャリアコンサルタントの登録の更新を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第 48 条の 18 の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ			生年月日	1. 大正 2. 昭和 年 月 日 3. 平成 4. 令和
氏名			性別	1.男 2.女
勤務先	名称			
	所在地	郵便番号 ( ) 都道 府県	電話番号 ( )	
自宅住所	郵便番号 ( ) 都道 府県	電話番号 ( )		
登録年月日		登録番号		
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法（昭和 44 年法律第 64 号。以下「法」という。）又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第 30 条の 22 第 2 項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から 2 年を経過しない者			

厚生労働大臣

年 月 日

殿

指定登録機関代表者

氏名

印

注意

- 1 該当する□は、☑と記入すること。
- 2 用紙の大きさは、A4とすること。
- 3 この申請書には、講習の修了証又はこれに代わるべき書面を添えること。

(視能訓練士法施行規則の一部改正)

第四十一条 視能訓練士法施行規則(昭和四十六年厚生省令第二十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号を次のように改める。





ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	訂正書換え 年 月 日		

様式第二号 (第三条、第五条関係)

### 視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第										号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
コード番号						
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無	
通称名						
生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 曆	年		年	
			月	日	月	日
性別	男 ・ 女		男 ・ 女			
変更の事由						

上記により、視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住 所	〒 都 道 府 県	
氏 名		電 話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

様式第四号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付 年月日		

## 視能訓練士免許証再交付申請書

登録番号	第		号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和		年		月		日
------	---	--	---	-------	-------------	-------------	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦		年		月		日
------	-----------------------	-----------------------	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和		年		月	施行第		回	視能訓練士試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)									

上記の視能訓練士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県	
氏名		印	電話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	



様式第五号中「~~ホ~~」を「~~ホ~~」に改める。



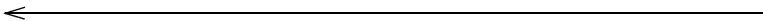
(高年齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則の一部改正)

第四十二条 高年齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則(昭和四十六年労働省令第二十四号)の一部

を次のように改正する。

様式第一号中「~~長母~~」を「~~令母~~」に改める。

様式第二号を次のように改める。



公共職業安定所コード番号					
--------------	--	--	--	--	--

(公共職業安定所で記入すること)

高齢者雇用状況報告書

㊦

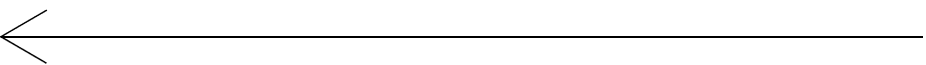
高齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則第33条第1項の規定により、令和 年6月1日現在の状況を下記のとおり報告します。 厚生労働大臣 殿		令和 年 月 日						
事業主	①(フリガナ) 名称(法人の場合) 又は 氏名(個人事業の場合)	②(フリガナ) 代表者氏名 (法人の場合)						
	③住所 (法人にあっては主たる事業所の所在地)	〒( ) 電話番号 ( ) FAX番号 ( )						
事業の種類	④産業分類番号	事業の具体的内容 ( )	⑤労働組合の有無 <input type="checkbox"/> イ あり <input type="checkbox"/> ロ なし					
			⑥雇用保険適用事業所番号					
定年制の状況	⑦定年	<input type="checkbox"/> イ 定年なし <input type="checkbox"/> ロ 定年あり(定年年齢 歳)						
	⑧定年の改定予定等	<input type="checkbox"/> イ 改定予定あり(令和 年 月より 歳) <input type="checkbox"/> ロ 廃止予定あり(令和 年 月に廃止) <input type="checkbox"/> ハ 改定又は廃止を検討中 <input type="checkbox"/> ニ 改定・廃止予定なし						
継続雇用制度の状況	⑨継続雇用制度	<input type="checkbox"/> イ 就業規則等で継続雇用制度を定めている →a継続雇用先 ( <input type="checkbox"/> イ)自社 <input type="checkbox"/> ロ)親会社・子会社等(以下「子会社等」という) <input type="checkbox"/> ハ)関連会社等 →b対象 → <input type="checkbox"/> イ)希望者全員を対象( 歳まで雇用 更に基準に該当する者を 歳まで雇用 基準の根拠( <input type="checkbox"/> a)労使協定を締結して就業規則等に反映 <input type="checkbox"/> b)労使協定を締結せず就業規則等のみ) (注) 高齢者等の雇用の安定等に関する法律の一部を改正する法律(平成24年法律第78号。以下「改正法」という。)に規定する経過措置に基づく対象者を限定する基準が有る企業は(イ)に記入 → <input type="checkbox"/> ロ)基準に該当する者を対象( 歳まで雇用 基準の根拠( <input type="checkbox"/> a)労使協定を締結して就業規則等に反映 <input type="checkbox"/> b)労使協定を締結せず就業規則等のみ) <input type="checkbox"/> ロ 制度として導入していない(運用により継続雇用を行う場合を含む)						
	⑩継続雇用制度の導入・改定予定	<input type="checkbox"/> イ 継続雇用制度の導入・改定予定あり(令和 年 月より) →内容( <input type="checkbox"/> イ)経過措置の基準の廃止 <input type="checkbox"/> ロ)新規導入 <input type="checkbox"/> ハ)上限年齢の引上げ <input type="checkbox"/> ニ)その他 <input type="checkbox"/> ロ 継続雇用制度の導入・改定を検討中 <input type="checkbox"/> ハ 継続雇用制度の導入・改定予定なし						
⑪66歳以上まで働ける制度等(定年の廃止・引上げ等を除く)の状況	<input type="checkbox"/> イ 自社又は子会社等で会社の実情に応じ会社が必要と認める者等を66歳以上まで働ける制度を就業規則等に定めている →( <input type="checkbox"/> イ)該当する者を 歳まで雇用 <input type="checkbox"/> ロ)上限年齢を規定していない <input type="checkbox"/> ロ 上記イの制度を就業規則等に定めていない →( <input type="checkbox"/> イ)導入予定あり <input type="checkbox"/> ロ)検討中 <input type="checkbox"/> ハ)66歳以上まで雇用する慣行がある <input type="checkbox"/> ニ)予定なし							
⑫常用労働者数(うち女性)	総数	~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳~
	(うち女性)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)
⑬過去1年間の離職者の状況(うち女性)	解雇等による45歳以上65歳未満の離職者数 人(うち女性 人) うち求職活動支援書を作成した対象者数 人(うち女性 人)							
⑭過去1年間の定年到達者等の状況(うち女性)	(a)定年到達者の総数 ((b)+(c)+(e))	(b)定年退職者数(継続雇用を希望しない者)	(c)継続雇用者数	(d)うち子会社等・関連会社等での継続雇用者数	(e)定年退職者数(継続雇用を希望したが継続雇用されなかった者)	(f)継続雇用の終了による離職者数		
	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)
⑮過去1年間の改正法に規定する経過措置に基づく継続雇用の対象者に係る基準の適用状況(うち女性)	(a)基準を適用できる年齢に到達した者の総数 ((b)+(c)+(d))	(b)継続雇用終了者数(継続雇用の更新を希望しない者)	(c)継続雇用者数(基準に該当し引き続き継続雇用された者)	(d)継続雇用終了者数(基準に該当しない者)				
	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	
高齢者雇用推進者	役職	氏名	記入担当者	所属及び役職	氏名			

※事業主は、高齢者等の雇用の安定等に関する法律(昭和46年法律第68号)に基づき、毎年、高齢者の雇用に関する状況を報告しなければならないこととされています。(提出期限毎年7月15日)

(労働安全衛生規則の一部改正)

第四十三条 労働安全衛生規則(昭和四十七年労働省令第三十二号)の一部を次のように改正する。

様式第三号を次のように改める。



# 総括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告

8 0 4 0 1	労働 保険 番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ページ	総ページ
		都道府県	所掌	管轄	基幹番号			枝番号	被一括事業場番号								

事業場の 名称		事業の種類	衛生 管理者 の 場合	坑内労働又は有害業務（労働基準法施行規則第18条各号に掲げる業務）に従事する労働者数	人
事業場の 所在地	郵便番号（ <input type="text"/> ）		衛生 管理者 の 場合	坑内労働又は労働基準法施行規則第18条第1号、第3号から第5号まで若しくは第9号に掲げる業務に従事する労働者数	人
電話 番号	<input type="text"/>	労働 者数	<input type="text"/>	計	<input type="text"/>
↑左に詰めて記入する		右に詰めて記入する↑		産業医の場合は、労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数	

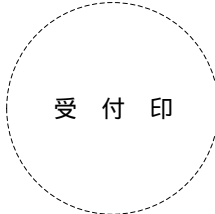
フリガナ 姓と名の間は1文字空けること	<input type="text"/>												
被選任者氏名 姓と名の間は1文字空けること	<input type="text"/>												
選任年月日	7:平成 9:令和	元号	年	月	日	生年月日	1:明治 3:大正 5:昭和 7:平成 9:令和	元号	年	月	日	選任種別	1:総括安全衛生管理者 2:安全管理者 3:衛生管理者(4以外の者) 4:衛生管理者(衛生工学管理担当) 5:産業医
・安全管理者又は衛生管理者の場合は担当すべき職務						専属の別	<input type="checkbox"/> 1. 専属 <input type="checkbox"/> 2. 非専属	他の事業場に勤務している場合は、その勤務先					
						専任の別	<input type="checkbox"/> 1. 専任 <input type="checkbox"/> 2. 兼職	他の業務を兼職している場合は、その業務					
・総括安全衛生管理者又は安全管理者の場合は経歴の概要	<input type="text"/>												
・産業医の場合は医籍番号等	<input type="text"/>												

フリガナ 姓と名の間は1文字空けること	<input type="text"/>											
前任者氏名 姓と名の間は1文字空けること	<input type="text"/>											
辞任、解任等の年月日	7:平成 9:令和	元号	年	月	日	参考事項						
		1~9年は右↑		1~9月は右↑		1~9日は右↑						

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿



様式第3号(第2条、第4条、第7条、第13条関係)(裏面)  
備考

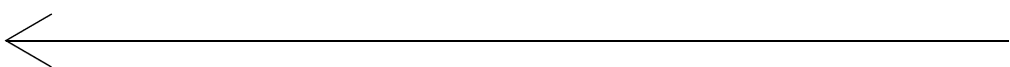
- 1 表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置(OCR)で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄及び記入枠は、空欄のままとする。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入すること。  
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。
- 4 二人以上の選任報告を行う場合に「総ページ」の欄は、報告の総合計枚数を記入し、「ページ」の欄は総枚数のうち当該用紙が何枚目かを記入すること。  
なお、2枚目以降は、「事業場の名称」、「事業の種類」、「事業場の所在地」、「電話番号」、「労働者数」、「坑内労働又は有害業務(労働基準法施行規則第18条各号に掲げる業務)に従事する労働者数」、「坑内労働又は労働基準法施行規則第18条第1号、第3号から第5号まで若しくは第9号に掲げる業務に従事する労働者数」及び「産業医の場合は、労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数」の欄は、記入を要しないこと。
- 5 「事業の種類」の欄は、総括安全衛生管理者の場合は労働安全衛生法施行令第2条各号に掲げる業種を、安全管理者の場合は同条第1号又は第2号に掲げる業種を、衛生管理者又は産業医の場合は日本標準産業分類の中分類により記入すること。
- 6 「電話番号」の欄は、市外局番、市内局番及び番号をそれぞれ「-」(ダッシュ)で区切り記入すること。
- 7 「安全管理者又は衛生管理者の場合は担当すべき職務」の欄は、安全管理者又は衛生管理者ごとに職務区分が分かれている場合はその分担を記入すること。
- 8 「総括安全衛生管理者又は安全管理者の場合は経歴の概要」の欄は、総括安全衛生管理者又は安全管理者の資格に関する学歴、職歴、勤務年数等を記入すること。
- 9 「産業医の場合は医籍番号等」の種別は、別表に掲げる種別の区分に応じて該当コードを記入すること。
- 10 「参考事項」の欄は、次のとおりとすること。
  - (1) 初めて総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者又は産業医を選任した場合は「新規選任」と記入すること。
  - (2) 安全管理者選任報告にあつては、労働安全衛生規則第4条第1項第3号に規定する事業場である場合は「指定事業場」と記入すること。
  - (3) 産業医選任報告にあつては、産業医の専門科名及び開業している場合はその旨を記入すること。
- 11 安全管理者選任報告の場合(労働安全衛生規則第5条第2号に掲げる者を選任した場合を除く。)は、同条第1号の研修その他所定の研修を修了した者であること又は平成18年10月1日において安全管理者としての経験年数が2年以上であることを証する書面(又は写し)を、衛生管理者選任報告の場合は、衛生管理者免許証の写し又は資格を証する書面(又は写し)を、産業医選任報告の場合は、医師免許証の写し及び別表コード1から7までのいずれかに該当することを証明する書面(又は写し)を、添付すること。
- 12 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。

別表

種 別	コード	種 別	コード
労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であつて厚生労働大臣の指定する者(法人に限る。)が行うものを修了した者	1	大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師の職にあり又はあつた者	4
		労働安全衛生規則第14条第2項第5号に規定する者	5
産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であつて厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であつて、その大学が行う実習を履修したものの	2	平成8年10月1日以前に厚生労働大臣が定める研修の受講を開始し、これを修了した者	6
		上のいずれにも該当しないが、平成10年9月30日において産業医としての経験年数が3年以上である者	7
労働衛生コンサルタントで試験区分が保健衛生である者	3		

様式第四号の三及び様式第四号の四中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。

様式第六号（表面）を次のように改める。



定期健康診断結果報告書

80311

労働  
保険  
番号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
〔都道府県〕〔所掌〕〔管轄〕〔基幹番号〕〔枝番号〕〔被一括事業場番号〕

対象年	7:平成 9:令和 → 元号 年 □□□□ 1~9年は右↑	(月~月分)(報告回目)	健診年月日	7:平成 9:令和 → 元号 年 月 日 □□□□□□□□□□ 1~9年は右↑1~9月は右↑1~9日は右↑
事業の種類	事業場の名称			
事業場の所在地	郵便番号( )		電話 ( )	

健康診断実施機関の名称	在籍労働者数	□□□□□ 右に詰めて記入する↑ 人
健康診断実施機関の所在地	受診労働者数	□□□□□ 右に詰めて記入する↑ 人

(\*) 労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数(右に詰めて記入する)

イ	□□□□□人	ロ	□□□□□人	ハ	□□□□□人	ニ	□□□□□人	ホ	□□□□□人
ヘ	□□□□□人	ト	□□□□□人	チ	□□□□□人	リ	□□□□□人	ヌ	□□□□□人
ル	□□□□□人	ヲ	□□□□□人	ヅ	□□□□□人	カ	□□□□□人	計	□□□□□人

健康診断項目	実施者数		有所見者数		実施者数		有所見者数	
	人	人	人	人	人	人	人	
聴力検査(オーゾオメーターによる検査)(1000Hz)	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	肝機能検査	□□□□□	□□□□□	
聴力検査(オーゾオメーターによる検査)(4000Hz)	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	血中脂質検査	□□□□□	□□□□□	
聴力検査(その他の方法による検査)	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	血糖検査	□□□□□	□□□□□	
胸部エックス線検査	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	尿検査(糖)	□□□□□	□□□□□	
咳痰検査	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	尿検査(たんぱく)	□□□□□	□□□□□	
血圧	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	心電図検査	□□□□□	□□□□□	
貧血検査	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□				

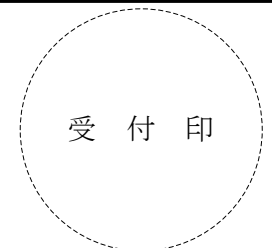
所見のあった者の人数	□□□□□人	医師の指示人数	□□□□□人	歯科健診	□□□□□ 実施者数 人	□□□□□ 有所見者数 人
------------	--------	---------	--------	------	-----------------	------------------

産業医	氏名	(印)
	所属医療機関の名称及び所在地	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

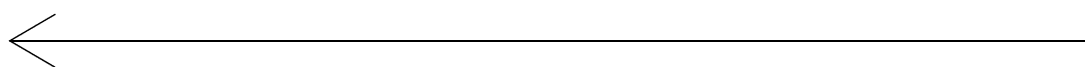


(印)

折り曲げる場合は( )の所を谷に折り曲げること



様式第六号の二（表面）を次のように改める。



心理的な負担の程度を把握するための検査結果等報告書

80501

労働  
保険  
番号

□□□□□□□□□□□□□□□□  
| 都道府県 | | 所掌 | | 管轄 | | 基幹番号 | | 枝番号 | | 被一括事業場番号 |

対象年	7:平成 9:令和 → 元号 年 □□□ 1~9年は右↑	検査実施年月	7:平成 9:令和 → 元号 年 月 □□□□□ 1~9年は右↑ 1~9月は右↑
事業の 種類		事業場の名称	
事業場の 所在地	郵便番号( ) 電話 ( )		

		在籍労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
検査を実施した者	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1:事業場選任の産業医</li> <li>2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。)、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師</li> <li>3:外部委託先の医師、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師</li> </ul>	検査を受けた労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
面接指導を実施した医師	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1:事業場選任の産業医</li> <li>2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。)</li> <li>3:外部委託先の医師</li> </ul>	面接指導を受けた労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
集団ごとの分析の実施の有無	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1:検査結果の集団ごとの分析を行った</li> <li>2:検査結果の集団ごとの分析を行っていない</li> </ul>		

折り曲げる場合は、(4)の所を谷に折り曲げること

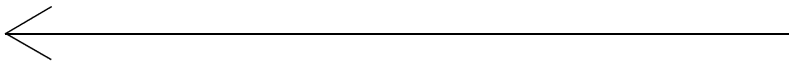
産業医	氏名 所属医療機関の名称及び所在地 Ⓡ
-----	---------------------------

年 月 日  
事業者職氏名  
労働基準監督署長殿

受付印  
Ⓡ

様式第七号、様式第八号(1)一頁、同様式(2)一頁、同様式(3)一頁、同様式(4)一頁、同様式(5)一頁、同様式(6)一頁、同様式(7)一頁、同様式(8)一頁、同様式(9)一頁、同様式(10)一頁、同様式(11)一頁及び同様式(12)一頁並びに様式第十号中「~~共有~~」を「~~共有~~・~~共有~~」に改める。

様式第十二号(表面)を次のように改める。



(免許・免許証再交付)申請書  
(免許証書替・免許更新)

写真欄(24mm×30mm)

写真は、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽のものとし、写真の裏面に氏名を記入し、写真欄のシールを取り、はり付けること。

帳票種別 <b>84001</b>		①申請の区分 1.新規交付 2.再交付 <input type="checkbox"/> 3.書替 4.更新 <input type="checkbox"/>		②新規に申請する免許の種類 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・新規に免許を申請する者のみ記入すること。 裏面備考8を参照。	
フリガナ	(姓)	(名)	性別		
申請者氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生				
フリガナ					
住所	〒( )		電話 ( )		
勤務先等 連絡先	勤務先等 連絡先	勤務先等 所在地	〒( ) 電話 ( )		
③氏名(姓をカタカナで記入すること。)		④氏名(名をカタカナで記入すること。)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
⑤郵便番号		⑥生年月日		⑦性別	
<input type="text"/>		年 月 日		1.男 2.女 <input type="checkbox"/>	
⑧住所地		⑨送付先希望		裏面備考10を参照。	
<input type="text"/>		0.住所と同じ 1.住所と異なる <input type="checkbox"/>		数字	
フリガナ					
送付先	〒( )		電話 ( )		
① 新規交付申請 試験合格による申請		⑩試験を受けた地域の番号		⑪試験年月日	
試験合格による申請		1.北海道 2.東北 3.関東 4.中部 5.近畿 6.中国・四国 7.九州 <input type="checkbox"/>		年 月 日	
		数字		数字 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右	
② 新規交付申請 試験免除による申請		資格内容 ( )		⑬資格取得年月日	
				年 月 日	
				数字 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右	
④ 再交付申請		再交付の理由		⑭資格コード	
				* <input type="checkbox"/>	
③ 書替申請		フリガナ 変更前の氏名		⑮再交付コード	
				* <input type="checkbox"/>	
⑥ 更新申請		申請免許有効期限 令和 年 月 日まで		⑯更新コード	
				* <input type="checkbox"/>	
⑦ 更新申請		⑰ボイラー溶接士 免許有効期限		⑱前年度	
		令和 年 月 日まで		* <input type="checkbox"/>	
⑧ 更新申請		⑱免許証の番号		⑲別人物	
		<input type="text"/>		* <input type="checkbox"/>	
⑨ 更新申請		⑳免許の種類		㉑交付年月日	
		裏面備考8を参照。 <input type="checkbox"/>		昭和 年 月 日	
		裏面備考9を参照。 <input type="checkbox"/>		数字 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右	
㉒他の旧様式免許証の有無		㉓氏名イメージ			
1.有 <input type="checkbox"/>		* <input type="text"/>			
数字					
クレーン	移クレ	デリック	揚貨装置	(玉掛)	特ボイラー
一ボイラー	二ボイラー	特ボイラー	普ボイラー	ボイラ整備	特一圧作業
ガス溶接	林業架線	発破技士	導火線発破	電気発破	衛生管理
衛生工学	高圧室内	潜水士	エックス線	ガンマ線	

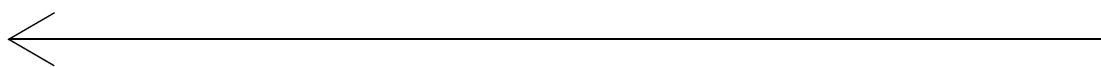
折り曲げる場合はこの所を谷に曲げること。

\*印の欄は記入しないこと。(職員が記入)

(受付印)

労働局長殿  
令和 年 月 日

様式第十三号を次のように改める。



フリガナ	(姓)	(名)	性別																												
申請者氏名			男・女																												
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日生																												
フリガナ																															
住所	〒( )		電話 ( )																												
勤務先等 連絡先	勤務先等 連絡先 所在地	〒( )	電話 ( )																												
フリガナ																															
送付先 備考4を参照。	〒( )		電話 ( )																												
現在受けている 免許の種類 (全て○で囲むこと)	<input type="checkbox"/> クレ・デリ <input type="checkbox"/> 移クレ <input type="checkbox"/> (デリック) <input type="checkbox"/> 揚貨装置 <input type="checkbox"/> (玉掛) <input type="checkbox"/> 特ボイラー <input type="checkbox"/> 一ボイラー <input type="checkbox"/> 二ボイラー <input type="checkbox"/> 特ボイラ溶 <input type="checkbox"/> 普ボイラ溶 <input type="checkbox"/> ボイラ整備 <input type="checkbox"/> 特一圧作業 <input type="checkbox"/> ガス溶接 <input type="checkbox"/> 林業架線 <input type="checkbox"/> 発破技士 <input type="checkbox"/> 導火線発破 <input type="checkbox"/> 電気発破 <input type="checkbox"/> 一衛生管理 <input type="checkbox"/> 二衛生管理 <input type="checkbox"/> 衛生工学 <input type="checkbox"/> 高圧室内 <input type="checkbox"/> 潜水士 <input type="checkbox"/> エックス線 <input type="checkbox"/> ガンマ線	(免許に付されている条件)																													
取消しを 申請する 免許の種類 (全て○で囲むこと)	<input type="checkbox"/> クレ・デリ <input type="checkbox"/> 移クレ <input type="checkbox"/> (デリック) <input type="checkbox"/> 揚貨装置 <input type="checkbox"/> (玉掛) <input type="checkbox"/> 特ボイラー <input type="checkbox"/> 一ボイラー <input type="checkbox"/> 二ボイラー <input type="checkbox"/> 特ボイラ溶 <input type="checkbox"/> 普ボイラ溶 <input type="checkbox"/> ボイラ整備 <input type="checkbox"/> 特一圧作業 <input type="checkbox"/> ガス溶接 <input type="checkbox"/> 林業架線 <input type="checkbox"/> 発破技士 <input type="checkbox"/> 導火線発破 <input type="checkbox"/> 電気発破 <input type="checkbox"/> 一衛生管理 <input type="checkbox"/> 二衛生管理 <input type="checkbox"/> 衛生工学 <input type="checkbox"/> 高圧室内 <input type="checkbox"/> 潜水士 <input type="checkbox"/> エックス線 <input type="checkbox"/> ガンマ線	(備考5を参照。)																													
<p>・新様式免許証(昭和63年10月1日以降に交付した免許証をいう。)を取得している者は、その免許証の番号を記入すること。 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>・取消しを申請する免許に係る免許証が、旧様式免許証(昭和63年9月30日以前に交付した免許証をいう。)である場合は、次の事項を記入すること。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>免許の種類 (「取消しを申請する免許の種類」の欄の略称を記載)</th> <th>交付局</th> <th>免許証の番号</th> <th>交付年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>				免許の種類 (「取消しを申請する免許の種類」の欄の略称を記載)	交付局	免許証の番号	交付年月日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日
免許の種類 (「取消しを申請する免許の種類」の欄の略称を記載)	交付局	免許証の番号	交付年月日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	昭和 年 月 日																												

【備考】

- 記載すべき事項のない欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 「申請者氏名」、「生年月日」及び「住所」の欄に記入した事実を証する書面を添付すること。
- 現在受けている全ての免許の取消しを申請する場合は、写真の貼付を要しないこと。
- 免許証等を送付する先が住所と異なる場合に記入すること。
- 平成18年3月31日以前に受けたクレーン運転士免許又はデリック運転士免許の取消しを申請する場合は、「クレ・デリ」を選択した上で、この欄に取消しを申請する免許の種類を記入すること。

(受付印)

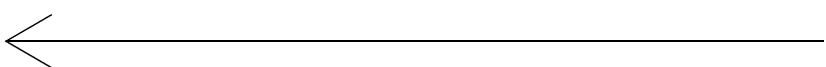
労働局長殿  
令和 年 月 日

様式第二十号の二中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

様式第二十号の三中「平成」を「令和」に改める。

様式第二十号の四中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

様式第二十一号の七（表面）を次のように改める。



820002

# 有害物ばく露作業報告書

ページ / ページ

労働保険番号	<input type="text"/>	事業場の名称	<input type="text"/>
事業の種類	都道府県 <input type="text"/> 所轄 <input type="text"/> 管轄 <input type="text"/> 基礎番号 <input type="text"/> 校番号 <input type="text"/> 被一括事業場番号 <input type="text"/>	事業場の所在地	郵便番号 ( <input type="text"/> )
労働者数	人	電話	( <input type="text"/> )

ばく露作業報告対象物の名称

対象年  年

9: 令和  年

対象物等の用途	ばく露作業の種類	対象物等の名称	年間製造・取扱い量	作業1回当たりの製造・取扱い量	対象物等の物理的性状	対象物等の温度	1日当たりの作業時間	ばく露作業従事者数	発散抑制措置の状況 (右に詰めて記入する。)
1	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
2	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
3	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
4	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
5	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
6	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
7	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)
8	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50の場合には具体的に)

年 月 日

事業者職氏名

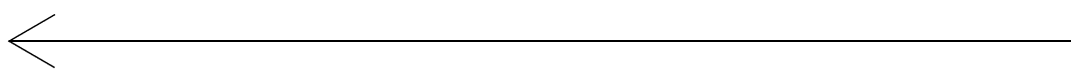
労働基準監督署長殿

印

受付印



様式第二十三号（表面）を次のように改める。



# 労働者死傷病報告

労働保険番号(建設業の工事に従事する下請人の労働者が被災した場合、元請人の労働保険番号を記入すること。)										事業の種類		
8	1	0	0	1								
事業場の名称(建設業にあつては工事名を併記のこと。)												
カナ												
漢字												
工事名												
職員記入欄 派遣先の事業の労働保険番号	都道府県   所掌   管轄		基幹番号			枝番号		被一括事業場番号			派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号	
事業場の所在地	電話 ( )				構内下請事業の場合は親事業場の名称、建設業の場合は元方事業場の名称				派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の名称		派遣先 派遣元 提出事業者の区分	
郵便番号	労働者数		発生日時 (時間は24時間表記とすること。)									
	人		7:平成			9:令和						
被災労働者の氏名(姓と名の間は1文字空けること。)						生年月日			性別			
カナ						1:明治 3:大正 5:昭和 7:平成 9:令和			( )歳		男 女	
漢字						職種			経験期間		いずれかに	
休業見込期間又は死亡日時(死亡の場合は死亡欄に)			傷病名			傷病部位			被災地の場所			
休業見込	月 週 日		死亡日時									
災害発生状況及び原因 どのような場所で どのような作業をしているときに どのような物又は環境に どのような不安全な又は有害な状態があつて どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。						略図(発生時の状況を図示すること。)						
国籍・地域 ( ) ( ) <small>労働者が外国人である場合のみ記入すること。 在留資格</small>						国籍・地域コード 在留資格コード 起因物 店社コード 業種分類 事故の型 発注者種類 事業場等区分 業務上疾病 (1) 自由設定項目 (2) (3) 1:該当 2:非該当						
報告書作成者 職氏名												

年 月 日

事業者職氏名

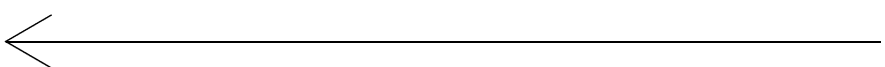
労働基準監督署長殿

受付印

(有機溶剤中毒予防規則の一部改正)

第四十四条 有機溶剤中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十六号)の一部を次のように改正する。

様式第三号の二(表面)を次のように改める。



# 有機溶剤等健康診断結果報告書

標準字体

8 0 3 0 2

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ページ / 総ページ  
□ / □

労働保険番号	□□□□□□□□□□□□□□□□ <small>都道府県   所掌   管轄   基幹番号   枝番号   被一括事業場番号</small>	在籍労働者数	人
事業場の名称	事業の種類		
事業場の所在地	郵便番号 ( )		電話 ( )

対象年	7:平成 9:令和	元号 年 □□□ (月~月分) (報告回数)	健診年月日	7:平成 9:令和	元号 年 月 日 □□□□□□□□
-----	--------------	---------------------------	-------	--------------	----------------------

健康診断実施機関の名称			
健康診断実施機関の所在地	受診労働者数	□□□□人	
有機溶剤業務名	有機溶剤業務コード □□ □□ □□	具体的業務内容 ( )	従事労働者数 □□□□人

	実施者数	有所見者数		実施者数	有所見者数		実施者数	有所見者数
他覚所見	□□□□人	□□□□人	肝機能検査	□□□□人	□□□□人	作業条件の調査人数	□□□□人	□□□□人
腎機能検査	□□□□人	□□□□人	眼底検査	□□□□人	□□□□人	所見のあった者の人数(他覚所見のみを除く。)	□□□□人	□□□□人
貧血検査	□□□□人	□□□□人	神経内科学的検査	□□□□人	□□□□人	医師の指示人数	□□□□人	□□□□人

代 謝 物 の 検 査 布	有機溶剤の名称等	有機溶剤コード 検査内容コード □□ □	有機溶剤コード 検査内容コード □□ □	有機溶剤コード 検査内容コード □□ □	有機溶剤コード 検査内容コード □□ □
	実施者数	□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人
1		□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人
	2	□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人
	3	□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人

産業医	氏名 所属医療機関の名称及び所在地
-----	----------------------

年 月 日

事業者職氏名

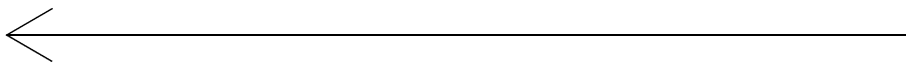
労働基準監督署長殿

受付印

(鉛中毒予防規則の一部改正)

第四十五条 鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十七号)の一部を次のように改正する。

様式第三号(表面)を次のように改める。

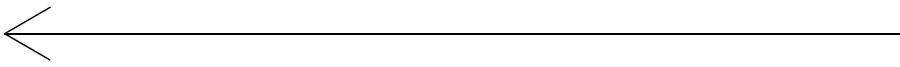




(四アルキル鉛中毒予防規則の一部改正)

第四十六条 四アルキル鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十八号)の一部を次のように改正する。

様式第三号(表面)を次のように改める。



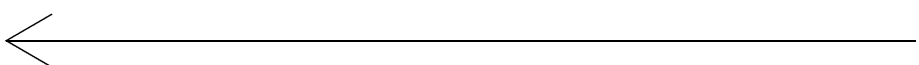




(特定化学物質障害予防規則の一部改正)

第四十七条 特定化学物質障害予防規則(昭和四十七年労働省令第三十九号)の一部を次のように改正する。

様式第三号(表面)を次のように改める。



# 特定化学物質健康診断結果報告書

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種別 80305	労働保険番号 □□□□□□□□□□□□□□□□	① 都道府県   所掌   管轄   基幹番号   枝番号   被一括事業場番号									

対象年 ② 元号 年 7:平成 □□□ 9:令和 □□□ 数字 ↑ 1~9年は右 ↑	健診年月日	③ 元号 年 月 日 7:平成 □□□□□□□□ 9:令和 □□□□□□□□ 数字 ↑ 1~9年は右 ↑ 1~9月は右 ↑ 1~9日は右 ↑
	( 月 ~ 月分 ) ( 報告 回目 )	

事業の種類	事業場の名称
-------	--------

事業場の所在地	郵便番号 ( )	電話 ( )
---------	----------	--------

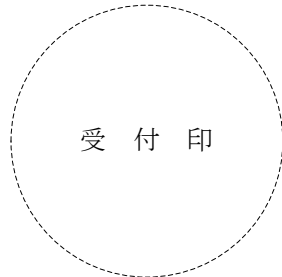
健康診断実施機関の名称及び所在地	在籍労働者数	人
------------------	--------	---

項目	特定化学物質業務の種別	特定化学物質業務コード	特定化学物質業務コード	特定化学物質業務コード
	④ □□□	⑤ □□□	⑥ □□□	⑦ □□□
	具体的業務内容 ( )	具体的業務内容 ( )	具体的業務内容 ( )	
従事労働者数	⑦ □□□□ 人	⑧ □□□□ 人	⑨ □□□□ 人	
受診労働者数	⑩ □□□□ 人	⑪ □□□□ 人	⑫ □□□□ 人	
上記のうち第二次健康診断を要するとされた者の数	人	人	人	
第二次健康診断受診者数	人	人	人	
上記のうち有所見者数	⑬ □□□□ 人	⑭ □□□□ 人	⑮ □□□□ 人	
疾病にかかっていると診断された者の数	⑯ □□□□ 人	⑰ □□□□ 人	⑱ □□□□ 人	

折り曲げる場合は、◀の所を谷に折り曲げること

職員記入欄	ページ ⑰ □	登記・修正等 ⑳ □	空白 3	登記 ⑳ □	修正 9	取消	補助キー ㉑ □ 1~9
-------	---------	------------	------	--------	------	----	--------------

産業界	氏名 ⑲
	所属医療機関の名称及び所在地



年 月 日

事業者職氏名

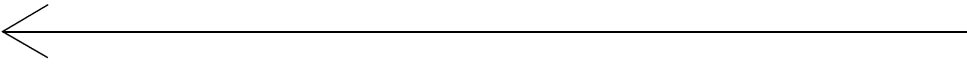
労働基準監督署長殿

⑲

(高気圧作業安全衛生規則の一部改正)

第四十八条 高気圧作業安全衛生規則(昭和四十七年労働省令第四十号)の一部を次のように改正する。

様式第二号(表面)を次のように改める。

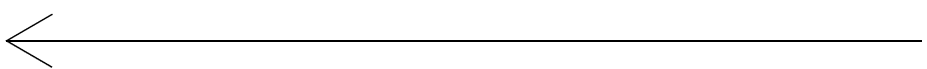




(電離放射線障害防止規則の一部改正)

第四十九条 電離放射線障害防止規則(昭和四十七年労働省令第四十一号)の一部を次のように改正する。

様式第二号(表面)を次のように改める。



# 電離放射線健康診断結果報告書

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種別	80307	労働保険番号	<table border="1"> <tr> <td>都道府県</td><td>所掌</td><td>管轄</td><td colspan="3">基幹番号</td><td colspan="3">枝番号</td><td colspan="3">被一括事業場番号</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										都道府県	所掌	管轄	基幹番号			枝番号			被一括事業場番号														
都道府県	所掌	管轄	基幹番号			枝番号			被一括事業場番号																											

対象年	7:平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( 月 ~ 月分) (報告 回目) 9:令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>「数字」 1~9年は右</small>	健診年月日	7:平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9:令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>「数字」 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右</small>
-----	---	-------	--

事業の種類	事業場の名称
-------	--------

事業場の所在地	郵便番号 ( )	電話 ( )
---------	----------	--------

健康診断実施機関の名称及び所在地	在籍労働者数	人
------------------	--------	---

従事労働者数	男	女	計	線源の種類	線源コード	線源コード	線源コード
	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
有所見者数 <small>(受診所見の内訳は裏面に記入すること。)</small>	男	女	計	具体的内容 ( )			
	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人				

受診労働者数	実効線量による区分	眼の水晶体の等価線量による区分			皮膚の等価線量による区分							
		男	女	計	男	女	計	男	女	計		
1	5ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	45ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	150ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
2	5ミリシーベルトを超え20ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	45ミリシーベルトを超え150ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	150ミリシーベルトを超え500ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
3	20ミリシーベルトを超え50ミリシーベルト以下の者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	150ミリシーベルトを超える者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	500ミリシーベルトを超える者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
4	50ミリシーベルトを超える者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人								

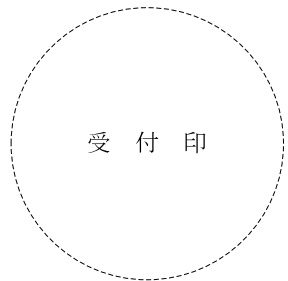
ページ  / 総ページ

産業医	氏名 <input type="text"/>	所屬医療機関の名称及び所在地 <input type="text"/>	印 <input type="text"/>
-----	-------------------------	-------------------------------------	------------------------

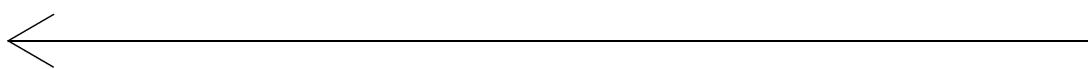
年 月 日 事業者職氏名

労働基準監督署長殿

印



様式第二号の二（表面）を次のように改める。



緊急時電離放射線健康診断結果報告書

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

帳票種別	8 0 3 1 4	労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号				被一括事業場番号			

対象年	7:平成				(月分)(報告回数)	健診年月日	7:平成													
	9:令和	数字	1~9年は右				数字	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右	1~9年は右

事業の種類		事業場の名称	
-------	--	--------	--

事業場の所在地	郵便番号( )	電話( )
---------	---------	-------

健康診断実施機関の名称	在籍労働者数	人
-------------	--------	---

健康診断実施機関の所在地	
--------------	--

緊急作業従事労働者数	男	女	計	有所見者数	男	女	計
	人	人	人		人	人	人

作業の場所	
-------	--

健康診断項目	実施者数				有所見者数				検査項目	実施者数				有所見者数			
	男	女	計	人	男	女	計	人		男	女	計	人	男	女	計	人
白血球数									ヘマトクリット値								
	計				計					計				計			
白血球百分率									甲状腺								
	計				計					計				計			
赤血球数									眼								
	計				計					計				計			
血色素量									皮膚								
	計				計					計				計			

ページ	総ページ

産業医	氏名
	所属医療機関の名称及び所在地

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

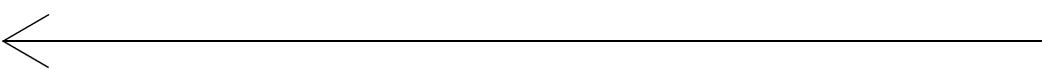
受付印

折り曲げる場合は( )の所を谷に折り曲げること



様式第三号中「~~市~~」を「~~市~~」に改める。

様式第四号を次のように改める。



様式第4号（第59条の3関係）

緊急作業実施状況報告書（外部線量・旬報）

事業場の名称 所在地				(電話)	)
在籍労働者数	人	緊急作業 従事者数		人	
施設名					
関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数		人			人
		人			人
		人			人
		人			人
		人			人
対象期間	平成 令和	年	月	日	～ 平成 令和
		年	月	日	分
外部線量区分	対象期間の 緊急作業従事者数		平成 令和	年	月
			日	以降の累積の 緊急作業従事者数	
50mSv を超え 100mSv 以下	人				人
100mSv を超え 150mSv 以下	人				人
150mSv を超え 200mSv 以下	人				人
200mSv を超え 250mSv 以下	人				人
250mSv を超えるもの	人				人
合計					
平均外部線量 (mSv)					
最高外部線量 (mSv)					

令和 年 月 日

事業者職氏名

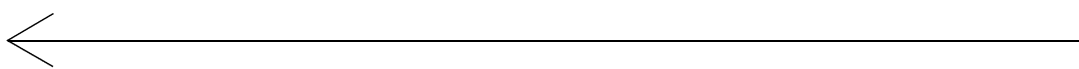
印

厚生労働大臣 殿

## 【備考】

- 1 本報告は、緊急作業に従事する労働者のうち、当該緊急作業で受けた外部線量が1年間につき **50mSv** を超えるものについて、**10** 日ごとの外部線量について行うこと。
- 2 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び緊急作業に従事した労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付すること。
- 3 「対象期間」の欄には、緊急作業に従事する間、**10** 日分を対象期間とすること（提出は、当該対象期間の最後の日から5日を経過する日まで）。
- 4 「平成 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 5 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第五号を次のように改める。



様式第5号（第59条の3関係）

緊急作業実施状況報告書（実効線量・月報）

事業場の名称 所在地				(電話)
在籍労働者数	人	緊急作業 従事者数		人
施設名				
関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
対象期間	令和 年 月分			
実効線量区分	対象期間の 緊急作業従事者数		平成 令和	年 月 日 以降の累積の 緊急作業従事者数
5 mSv 以下	人			人
5 mSv を超え 20mSv 以下	人			人
20mSv を超え 50mSv 以下	人			人
50mSv を超え 100mSv 以下	人			人
100mSv を超え 150mSv 以下	人			人
150mSv を超え 200mSv 以下	人			人
200mSv を超え 250mSv 以下	人			人
250mSv を超えるもの	人			人
合計				
平均実効線量 (mSv)				
最高実効線量 (mSv)				

令和 年 月 日

事業者職氏名

印

厚生労働大臣 殿

## 【備考】

- 1 本報告は、緊急作業に従事する労働者について、1 か月ごとの実効線量について行うこと。
- 2 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び緊急作業に従事する労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付すること。
- 3 「対象期間」の欄は、緊急作業に従事する間、1 か月分を対象期間とすること（提出は、当該対象期間とする月の翌月末日まで）。
- 4 「平成 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 5 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができる。

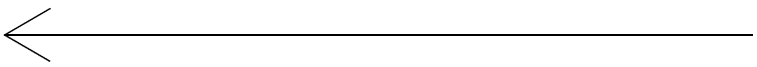
(労働安全衛生法及びこれに基づく命令に係る登録及び指定に関する省令の一部改正)

第五十条 労働安全衛生法及びこれに基づく命令に係る登録及び指定に関する省令(昭和四十七年労働省令

第四十四号)の一部を次のように改正する。

様式第七号の三中「平成」を「令和」に改める。

様式第七号の四から様式第七号の七まで及び様式第九号中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

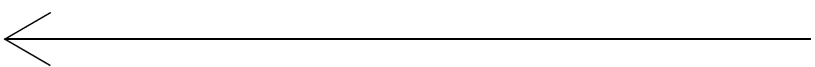


(労働安全コンサルタント及び労働衛生コンサルタント規則の一部改正)

第五十一条 労働安全コンサルタント及び労働衛生コンサルタント規則(昭和四十八年労働省令第三号)の

一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。





様式第1号(第7条、第15条関係)

労働安全  
労働衛生  
コンサルタント試験受験申請書

収入印紙  
(消印しては  
ならない。)

① 受けようとする試験の 区分	1 機械    2 電気    3 化学    4 土木    5 建築
	1 保健衛生    2 労働衛生工学
② ふりがな 氏名	
③ 生年 年月日	明治 大正 昭和    年    月    日 平成 令和
④ 住 所	郵便番号(    )
⑤ 連絡先電話番号	(    )
⑥ 受験希望地	
⑦ 受験資格	
⑧ 免除を受けることが できる試験科目	
⑨ 添付書類名	1 写真    2

年 月 日

申請者 氏 名

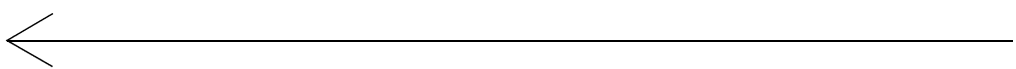
厚生労働大臣 殿  
指定コンサルタント試験機関

備考

- 1 厚生労働大臣がコンサルタント試験事務を行う場合には厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定コンサルタント試験機関がコンサルタント試験事務を行う場合には当該指定コンサルタント試験機関に提出すること。この場合にあつては、当該指定コンサルタント試験機関の試験事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 3 表題及び①欄は、該当事項を○で囲むこと。
- 4 ⑦欄は、受験資格の内容を例えば「○○大学工学部機械工学科○年○月卒業 経験○年○月」、「技術士」、「医師」、「一級建築士」、「安全管理者 ○年従事」、「衛生管理者 ○年従事」のように具体的に記入すること。
- 5 申請書には、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽、縦30ミリメートル横24ミリメートルの写真及び⑦欄に記載した事項を証する書面並びに筆記試験の全部又は一部の免除を受けようとする者にあつては当該免除を受ける資格を有することを証する書面を添付することとし、⑨欄にそれぞれの書面の名称を記入すること。

様式第二号中「平成」を「令和」に改める。

様式第三号を次のように改める。



様式第3号(第17条関係)

労働安全  
労働衛生

コンサルタント登録申請書

収入印紙  
(消印しては  
ならない。)

①ふりがな 氏名		②生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
③住所	〒( )		
④事務所の名称 及び所在地	〒( )		
⑤合格した試験 の区分			
⑥試験合格 年月日	年 月 日		
⑦合格証番号		⑧連絡先及び 電話番号	

私は、上記により労働安全  
労働衛生

コンサルタントの登録を受けたいので申請します。

なお、次の欠格事項には該当していません。

- 1 成年被後見人又は被保佐人
- 2 労働安全衛生法又はこれに基づく命令の規定に違反して、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者
- 3 労働安全衛生法及びこれに基づく命令以外の法令の規定に違反して、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者

年 月 日

申請者 氏名

印

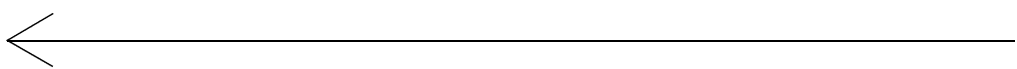
厚生労働大臣  
指定登録機関 殿

備考

- 1 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定登録機関が登録事務を行う場合には当該指定登録機関に提出すること。この場合にあつては、当該指定登録機関の登録事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 3 ④欄は、従たる事務所がある場合には、その名称及び所在地を併記すること。
- 4 ⑥欄は、合格証の年月日を記入すること。
- 5 申請書には、合格証の写しを添付すること。

様式第三号の二中「平成」を「令和」に改める。

様式第四号を次のように改める。



様式第4号(第18条、第18条の2関係)

労働安全  
労働衛生  
登録事項変更等  
コンサルタント  
登録証再交付  
申請書

収入印紙  
(消印しては  
ならない。)

登録番号			
※氏名		※生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
変更事項	変更前		
	変更後		
変更年月日		年 月 日	
変更の理由			
※再交付を受けようとする理由		1 登録証の滅失 2 登録証の損傷	

登録事項の変更及び登録証の書換え

私は、上記により  
登録証の再交付  
を受けたいので  
申請します。  
年 月 日

住所 電話( )  
申請者  
氏名

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関

備考

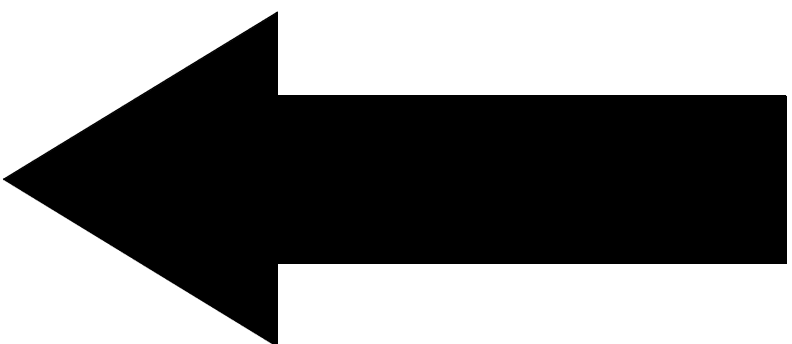
- 厚生労働大臣が登録事務を行う場合にあつては厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 指定登録機関が登録事務を行う場合には当該指定登録機関の登録事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 表題及び申請文については、それぞれ該当する部分を○で囲むこと。
- 登録事項変更等申請書にあつては登録番号の欄及び※印の付してない欄に、登録証再交付申請書にあつては登録番号の欄及び※印の付してある欄に記入すること。
- 登録事項変更等申請書にあつては、次の事項に留意すること。
  - 登録証を添付すること。
  - 氏名を変更した場合には、その事実を証明する書面を添付すること。
- 登録証再交付申請書にあつては、次の事項に留意すること。
  - 登録番号の欄は、登録番号が不明の場合には、合格した試験の区分を記入すること。
  - 再交付を受けようとする理由の欄は、該当する番号を○で囲むこと。
  - 登録証の損傷による再交付の申請の場合には、登録証を添付すること。

(年金手帳の様式を定める省令の一部改正)

第五十二条 年金手帳の様式を定める省令(昭和四十九年厚生省令第四十号)の一部を次のように改正する。

(二ページ)中「~~中~~」を「~~中~~」と改める。

(四ページから六ページまで)及び(八ページから十ページまで)中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。



(障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令の一部改正)

第五十三条 障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令(昭和五十年厚生省令第三十四号)の

一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)を次のように改める。



様式第一号（第二条関係）

（表 面）

※受付 年 月 日

障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書			
認定を受けようとする者	①（ふりがな） 氏 名 ・ 性 別	Ⓜ	
	②生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	満 歳
	③住所		④個人番号
他制度の適用状況	⑤障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない	年金等の種類 ( ) 証書記号番号 ( )
	⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号 ( ) 等 級 ( 級 ) 障 害 名 ( ) }	2 なし
⑦ 施設への入所状況	1 収容されている ( ) 2 されていない		
⑧ そ の 他			
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。  令和 年 月 日  氏名 Ⓜ  殿			
※ 認 定 下 却	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備 考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書<sup>かい</sup>ではつきり書いてください。

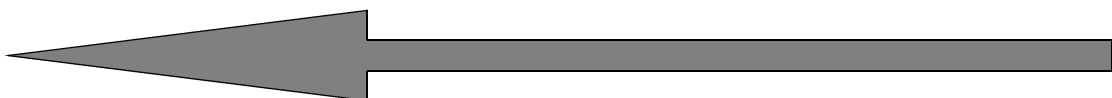
◎※の欄は記入しないでください。

（日本工業規格 A列4番）



様式第三号及び第四号中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。

様式第五号を次のように改める。



様式第五号（第十五条関係）

（表 面）

※受付 年 月 日

特 別 障 害 者 手 当 認 定 請 求 書				
認定を受けようとする者	① (ふりがな) 氏 名 ・ 性 別	Ⓜ		男・女
	②生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 満 歳		
	③住所		④個人番号	
他制度の適用状況	⑤障害基礎年金・老齢年金、遺族年金等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中	}	年金等の種類 ( ) 証書記号番号 ( )
		4 受給していない		年金等の種類 ( ) 証書記号番号 ( )
	⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号 ( ) 等 級 ( 級 ) 障 害 名 ( ) }		2 なし
	⑦ 施設への入所状況	1 収容されている ( )		2 されていない
	⑧ 病院等への入院状況	1 入院している ( 年 月 日から)		2 していない
	⑨ そ の 他			
関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。  令和 年 月 日  氏名 Ⓜ  殿				
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※	備 考	

- ◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎字は楷書ではつきり書いてください。
- ◎※の欄は記入しないでください。

(裏 面)

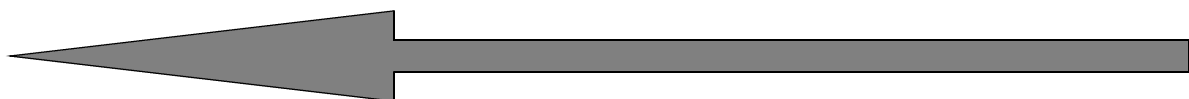
注意

- 1 ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。  
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、( )内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- 2 ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。  
なお、手帳を持っているときは、( )内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。  
なお、収容されているときは、( )内に施設の種類を記入してください。
- 4 ⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。  
なお、入院しているときは、( )内に入院した年月日を記入してください。

公的年金等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩給
ヘ	国家公務員共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	日本私立学校振興・共済事業団の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ	執行官の恩給
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ	未帰還者の留守家族手当
レ	労働者災害補償制度の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当

様式第七号及び第八号中「付録」を「 annex」に改める。

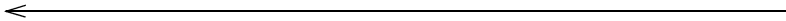


(雇用保険法施行規則の一部改正)

第五十四条 雇用保険法施行規則(昭和五十年労働省令第三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号中「長母」を「令母」に改める。

様式第二号を次のように改める。





# 注 意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。  
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→ガ<sup>濁</sup>、パ→パ<sup>半濁</sup>）、また、「**キ**」及び「**エ**」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 5 2欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合にのみその被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。  
なお、被保険者番号が16桁（上下2段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載すること。この場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内に記載し、最後の枠は空枠とすること。

（例： 

4	6	0	1	1	8	*	*	*	*
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

 → 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

 ）

- 6 3欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
  - (1) 次のイ及びロのいずれかに該当する者…………… 1 （新規）
    - イ 過去に被保険者になったことのないこと。
    - ロ 最後に被保険者でなくなった日から7年以上経過していること。
  - (2) 上記（1）に該当する者以外の者…………… 2 （再取得）
- 7 4のフリガナ欄には、被保険者証の交付を受けている者については、その被保険者証に記載されているとおり、カタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。なお、5欄に記載した場合であっても必ず記載すること。
- 8 5欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合で、被保険者証の氏名と現在の氏名が異なっているときに記載すること。
- 9 6欄には、該当するものの番号を記載すること。
- 10 7欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。  
（例：昭和51年5月6日→ 

3	5	0	5	0	6
---	---	---	---	---	---

 ）
- 11 8欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。（例：1301000001→ 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
1	3	0	1	0	0	0	0	0	1

 ）
- 12 9欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
  - (1) 新規学校卒業者のうち、11欄が卒業年の3月1日から6月30日までの間である場合…………… 1
  - (2) 中途採用者を雇入れた場合、取締役等委任関係であるとして被保険者から除外されていた者が、新たに明確な雇用関係に基づいて就労したような場合…………… 2
  - (3) 日雇労働被保険者が2月の各月において18日以上又は継続して31日以上同一の事業主の適用事業に雇用された場合（資格継続の認可を受けた場合を除く。）…………… 3
  - (4) 次に該当する場合等…………… 4
    - イ その被保険者の雇用される事業が新たに適用事業となった場合
    - ロ 適用事業に雇用されていた被保険者が、在籍出向し、出向先で新たに被保険者資格を取得していた場合であって、出向元に復帰し、出向元で再度被保険者資格を取得することとなったとき（在籍専従の場合も同様）
    - ハ 同一の事業主の下で、船員と陸上勤務を本務とする労働者（船員でない労働者）との間の異動があった場合
  - (5) 被保険者資格を取得した原因が2以上に該当する場合…………… 1、2又は3のいずれか
  - (6) 65歳以上の者が出向元に復帰した場合等…………… 8
- 13 10欄には、11欄に記載した年月日現在における支払の態様及び賃金月額（臨時の賃金、1箇月を超える期間ごとに支払われる賃金及び超過勤務手当を除く。）（単位千円……千円未満四捨五入）を記載すること。なお、支払の態様は、該当するものの番号を記載すること（日給月給は月給に含める。）。
- 14 11欄は、試用期間、研修期間を含む雇入れの初日を記載すること。  
また、年、月又は日が1桁の場合は、7欄の場合と同様に記載すること。
- 15 12欄には、該当するものの番号を記載すること。届出に係る者が派遣労働者（いわゆる登録型の派遣労働者であり船員を除く。）に該当する場合には、「2」（派遣労働者）、短時間労働者（週所定労働時間が30時間未満の者（派遣労働者、船員に該当する者を除く。））に該当する場合には、「3」（パートタイム）、有期契約労働者（派遣労働者、パートタイム、船員に該当する者を除く。）に該当する場合には、「4」（有期契約労働者）と記載すること。
- 16 13欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。

A 管理的職業……………01	E サービスの職業……………05	I 輸送・機械運転の職業……………09
B 専門的・技術的職業……………02	F 保安の職業……………06	J 建設・採掘の職業……………10
C 事務的職業……………03	G 農林漁業の職業……………07	K 運搬・清掃・包装等の職業……………11
D 販売の職業……………04	H 生産工程の職業……………08	

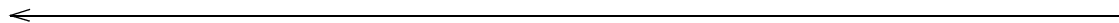
- 17 14欄には該当するものの番号を記載すること。
- 18 15欄には、4欄の者の11欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
- 19 16欄は、契約期間の定めについて該当するものの番号を記載し、1を記載した場合には、その契約期間とともに、契約更新の条項の有無を記載すること。
- 20 事業所名欄右の備考欄には、9欄の「4 その他」に該当する者についての具体的説明その他を記載すること。
- 21 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 22 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 23 外国人労働者（「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。）の場合は、以上に加え17欄から22欄に、ローマ字氏名（在留カード記載順）、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。  
なお、「家族滞在」の在留資格の者等、資格外活動の許可を得て就労する者については、当該許可の有無について21欄に記載のこと。また、派遣・請負労働者として主として8欄以外の事業所で就労する者については22欄に1を記載し、該当しない場合は2を記載のこと。

お願い

1. 雇用保険の資格取得年月日の属する月の翌月10日までに提出してください。
2. 賃金台帳、労働者名簿、出勤簿その他記載内容を確認できる書類を持参していただく場合があります。
3. 4欄の者が法人の取締役又は事業主と同居の親族の場合は、事業所名欄右の備考欄にその旨記載してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。  
 なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式第四号を次のように改める。





様式第4号 (第7条、第14条関係) (第1面)

雇用保険被保険者 資格喪失届

標準字体   
 (必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別

1: 氏名変更届  
 2: 氏名変更届  
 3: 資格喪失届

1. 被保険者番号

2. 事業所番号

3. 資格取得年月日

4. 離職年月日 (元号 平成 年 月 日)

5. 喪失原因

元号 年 月 日  
 1. 離職以外の理由  
 2. 3以外の離職  
 3. 事業主の都合による離職

6. 離職票交付希望 (1有 2無)

7. 1週間の所定労働時間 (空白 無 有)

9. 新氏名

フリガナ (カタカナ)

8. 補充採用予定の有無 (空白 無 有)

10. 個人番号

11. 喪失時被保険者種類 (3季節)

12. 国籍・地域コード (17欄に対応するコードを記入)

13. 在留資格コード (18欄に対応するコードを記入)

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間			事業所名略称			
被保険者の住所又は居所						
被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

記名押印又は署名

事業主 氏 名

印

電話番号

公共職業安定所長 殿

※

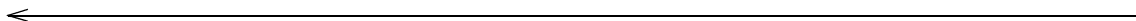
所長	次長	課長	係長	係	操作者	社会保険士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げよう(▲)の所で折り曲げてください。)



様式第五号を次のように改める。



雇用保険被保険者離職証明書(安定所提出用)

Header information form including fields for insurance number, name, address, and dates. Includes a section for '離職の日以前の賃金支払状況等' (Wage payment status before resignation).

Main table for recording resignation reasons. Columns include date, wage payment status, and a detailed '備考' (Remarks) column for the reason of resignation.

Additional information section containing checkboxes for '有・無' (Yes/No) regarding specific conditions and a space for '備考' (Remarks).

Personal information section for the applicant, including name, address, and contact details.

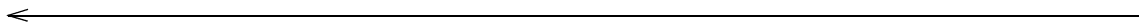
離職理由欄へ事業主の方は、離職者が主たる離職理由が該当する理由を1つ選択し、左の事業主記入欄の□の中に○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。

Reasons for resignation selection and specific details section. Includes a grid for selecting reasons and a space for detailed notes.

Specific circumstances section (事業主記入欄) with checkboxes for various reasons like '1 事業所の倒産等によるもの' and '2 定年によるもの'.

Final section for the employer's signature and date, including a space for '事業主が○を付けた離職理由に異議あり・無し'.

様式第六号(1)(第一面)を次のように改める。



帳票種別  
 15200

1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日

3. 離職年月日

4. 被保険者種類  
 一般 (1) 再交付  
 (1) 1次 1.53 高年齢  
 (2) 2次 1.53 短年限  
 (11) 高年齢 (65歳以上)

5. 再交付表示  
 (1) 再交付

離職者氏名  
 性別 (1) 男 (2) 女

生年月日 (元号-年月日)  
 (2) 本任 (3) 既和 (4) 平成 (5) 令和

喪失原因  
 (1) 離職以外の理由  
 (2) 3以外の離職  
 (3) 事業主の都合による離職  
 産業分類

離職票交付希望  
 (1) 有 (2) 無

事業所番号  
 管轄区分 事業所名略称

6. 個人番号

7. 番号複数取得者  
 チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人ではなかった場合に「1」を記入。

8. 住居所管轄安定所

※9. 求職申込年月日 受給資格等決定年月日 10. 認定日 (一般) 11. 認定予定日 (高年齢・短期)

元号 年 月 日  
 12. 賞金日額 (区分-日額又は総額) 区分 (1) 日額 (2) 総額 15. 求職番号 年 月 日

16. 特殊表示区分又は激励指定期限年月日  
 (特殊表示区分の場合は左から3桁目に記入。激励指定期限年月日の場合は、元号-年月日の形式で記入。)

13. 所定給付日数の決定に係る対象者区分 (1~6)

14. 離職理由 17. 金融機関・店舗コード 口座番号

18. 支払区分 (0) 扶養 (1) 安定所種別 (2) 安定所種別 (3) 労働局送付  
 19. 区分-氏名 (加) 区分 (空欄) から書き 1 氏名変更)

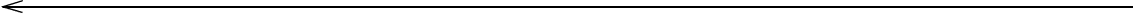
備考 公共職業安定所長

所屬長	次長	課長	係長	係	操作者	基本手当日額 ( ) 円 所定給付日数 ( ) 日 支給番号 ( )
-----	----	----	----	---	-----	--

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

(なるく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

様式第六号(2)を次のように改める。



雇用保険被保険者離職票 1-2

Header information section including fields for insurance number, name, address, and dates.

Employment status section with fields for employer name, address, and dates.

Main table with columns for dates, insurance status, and financial details. Includes a section for public employment security office registration.

注意事項 (Notes) section containing 1-6 points regarding application procedures and document requirements.

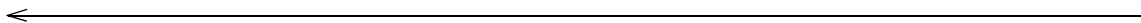
離職理由欄 (Reason for termination) section header and instructions.

Reasons for termination table with columns for reason, date, and classification. Includes a section for specific circumstances.

離職者本人の判断 (Decision by employee) section with checkboxes for various reasons.



様式第六号の二(1)(第一面)を次のように改める。



# 雇用保険被保険者資格取得確認通知書 (事業主通知用)

確認 (受理) 通知年月日

雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認 (通知) します。

公共職業安定所長

被保険者番号

事業所番号

管轄区分

資格取得年月日

被保険者氏名

性別

 (1 男)  
 (2 女)

生年月日 (元号一年月日)

 (2 大正 3 昭和)  
 (4 平成 5 令和)

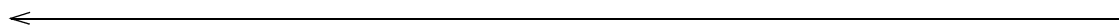
取得時被保険者種類

 (1又は9 一般)  
(4又は5 高年齢)  
(2又は3 短期)  
(11 高年齢 (65歳以上))

転勤の年月日

事業所名略称

様式第六号の二(2)(第一面)を次のように改める。

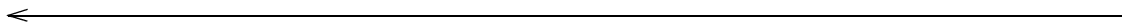


雇用保険被保険者資格取得確認通知書  
(被保険者通知用)

公共職業安定所長

被保険者番号	取得時 資格取得年月日	被保険者種類
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (1又は9 一般 4又は5 高齢 2又は3 短期 11 高齢(65歳以上))
被保険者氏名	生年月日 (元号一年月日)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)
事業所名略称	転勤の年月日	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

様式第六号の三(1)(第一面)を次のように改める。



# 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書 (事業主通知用)

確認通知年月日

雇用保険被保険者資格喪失届に基づき、下記のとおり確認します。

公共職業安定所長

被保険者番号

資格取得年月日

離職等年月日

被保険者種類

 (1又は4又は2又は11) (一般 高年齢 短期 高年齢(65歳以上))

離職票交付希望

 (1有 2無)

被保険者氏名

性別

 (1男 2女)

生年月日(元号一年月日)

 (2大正 3昭和 4平成 5令和)

喪失原因

 (1 離職以外の理由 2 3以外の離職 3 事業主の都合による離職)

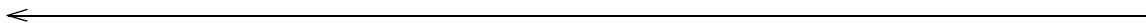
事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類

様式第六号の三(2)(第一面)を次のように改める。



# 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（被保険者通知用）

交付年月日

被保険者番号

資格取得年月日

離職年月日

被保険者種類

 (1又は9 一般  
4又は5 高年齢  
2又は3 短期  
11 高年齢(65歳以上))

被保険者氏名

性別

 (1 男  
2 女)

生年月日（元号一年月日）

 (2 大正 3 昭和  
4 平成 5 令和)

喪失原因

 (1 離職以外の理由  
2 3以外の離職  
3 事業主の都合による離職)

離職票交付希望

 (1 有  
2 無)

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

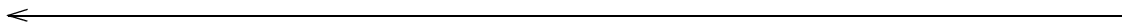
産業分類

公共職業安定所長

備	
考	



様式第七号（第一面）を次のように改める。



# 雇用保険被保険者証

公共職業安定所長

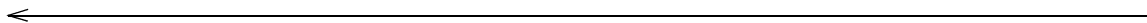
被保険者番号

被保険者氏名

生年月日  
(元号一年月日)

( 2 大正 3 昭和 )  
( 4 平成 5 令和 )

様式第八号を次のように改める。



※	所長	次長	課長	係長	係

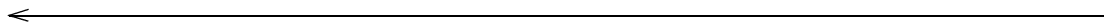
## 雇用保険被保険者証再交付申請書

申請者	1. フリガナ																				2. 性別	1 男	3. 生年月日	大昭平令	年 月 日
	氏名																	2 女							
現に被保険者として雇用されている事業所	4. 住所又は居所																	郵便番号	—						
	5. 名称																	電話番号							
最後に被保険者として雇用されていた事業所	6. 所在地																	郵便番号	—						
	7. 名称																	電話番号							
最後に被保険者として雇用されていた事業所	8. 所在地																	郵便番号	—						
	9. 取得年月日	年 月 日																							
10. 被保険者番号	—																※安定所確認印								
11. 被保険者証の滅失又は損傷の理由																									
<p>雇用保険法施行規則第10条第3項の規定により上記のとおり雇用保険被保険者証の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>公共職業安定所長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">記名押印又は署名 印</p>																									
※再交付年月日	令和 年 月 日	※備考																							

注意

- 被保険者証を損傷したことにより再交付の申請をする者は、この申請書に損傷した被保険者証を添えること。
- 1 欄には、滅失又は損傷した被保険者証に記載されていたものと同一のものを明確に記載すること。
- 5 欄及び6 欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者である場合に、その雇用されている事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 7 欄及び8 欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者でない場合に、最後に被保険者として雇用されていた事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 9 欄には、最後に被保険者となったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。
- 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- ※印欄には、記載しないこと。
- なお、本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは公共職業安定所までお問い合わせください。

様式第九号の二を次のように改める。



# 雇用継続交流採用終了届

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

帳票種別

13109

1. 事業所番号

□□□□-□□□□□□□□□□

2. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□□□

3. 姓 (漢字)

□□□□□□□□

4. 名 (漢字)

□□□□□□□□

5. フリガナ (カタカナ)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 生年月日

□□-□□□□□□□□ (2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

7. 資格取得年月日

□□-□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

8. 雇用継続交流採用開始年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

9. 雇用継続交流採用終了年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

10. 出向先官署コード

□□

※ 11. 交流採用記録取消

□

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

- 01...内閣官房
- 02...内閣法制局
- 03...人事院
- 04...内閣府 (宮内庁及び国家公安委員会を除く)
- 05...宮内庁
- 06...国家公安委員会
- 07...防衛省
- 08...総務省
- 09...法務省
- 10...外務省
- 11...財務省
- 12...文部科学省
- 13...厚生労働省
- 14...農林水産省
- 15...経済産業省
- 16...国土交通省
- 17...環境省
- 18...会計検査院
- 99...その他

雇用保険法施行規則第12条の2の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

事業所名 (所在地)

公共職業安定所長 殿

電話番号

記名押印又は署名

事業主氏名

印

備

考

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		印	

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

**注 意**

- 1 この届は、被保険者が国と民間企業との間の人事交流に関する法律第21条第1項に規定する雇用継続交流採用職員でなくなったときに、これを雇用する事業主が、当該事実のあった日の翌日から起算して10日以内に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所の長に提出してください。
- 2 この届の提出にあたっては、当該被保険者が雇用継続交流採用職員でなくなったことの実事及び雇用継続交流採用職員であった期間を証明することができる書類を添えてください。
- 3 届の記載について
  - (1) □□□□ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
  - (2) 記載すべき事項のない欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
  - (3) 枠からはみださないように大きめのカタカナ、漢字（3、4欄に限る。）又はアラビア数字の標準字体により明瞭に記載してください。

この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：団-団□、バ-バ□）、また、「中」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
  - (4) 1欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。

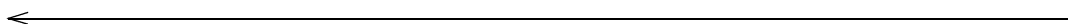
2欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。

なお、被保険者番号が16桁（上下段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。
  - (5) 5欄には、被保険者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けてください。
  - (6) 6欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：昭和51年2月2日→30511020202）
  - (7) 7欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている資格取得年月日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (8) 8欄には、被保険者が雇用継続交流採用を開始した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (9) 9欄には、被保険者が雇用継続交流採用を終了した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (10) 10欄の官署コードは、該当する官署の番号を記載してください。
  - (11) 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記してください。
  - (12) 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

※

公 共 職 業 安 定 所 記 載 欄

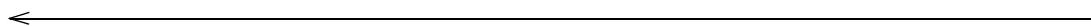
様式第十号（第一面）を次のように改める。







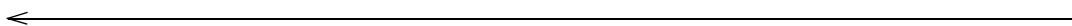
様式第十号の二（第一面）を次のように改める。





様式第十号の二の二及び様式第十号の三中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

様式第十号の四を次のように改める。



様式第 10 号の 4 (第 17 条の 2 関係)

未支給失業等給付請求書

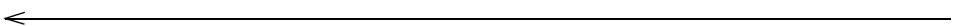
1. 死亡した者	氏名	支給番号		
		被保険者番号		
	個人番号			
	死亡の当時の住所又は居所			
	死亡年月日	令和 年 月 日		
2. 請求者	氏名(カナ)			
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	
	住所又は居所			
	死亡した者との関係			
3. 請求する失業等給付の種類	基本手当・技能習得手当・寄宿手当・傷病手当・高年齢求職者給付金・特例一時金・日雇労働求職者給付金・就業手当・再就職手当・就業促進定着手当・常用就職支度手当・移転費・求職活動支援費・教育訓練給付金・教育訓練支援給付金・高年齢雇用継続基本給付金・高年齢再就職給付金・育児休業給付金・介護休業給付金			
上記により未支給の失業等給付の支給を請求します。 令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 請求者氏名 印 地方運輸局長				
※公共職業安定所又は地方運輸局記載欄				
所属長		次長		
		課長		
		係長		
			係	

注意

- この請求書は、受給資格者、高年齢受給資格者、特例受給資格者、日雇労働求職者給付金の支給を受けることができる者、教育訓練給付金若しくは教育訓練支援給付金の支給を受けることができる者又は雇用継続給付の支給を受けることができる者（以下「受給資格者等」という。）が死亡した日の翌日から起算して 6 か月以内に、原則として死亡した受給資格者等の死亡の当時の住所又は居所を管轄する公共職業安定所又は地方運輸局長（ただし、教育訓練給付金、教育訓練支援給付金、高年齢雇用継続基本給付金、高年齢再就職給付金、育児休業給付金、介護休業給付金は公共職業安定所の長に限る。）に提出すること。
- 1 の個人番号欄には請求者が死亡した者の個人番号を記載してください。2 の個人番号欄には請求者の個人番号を記載してください。
- 2 の生年月日欄については、該当する年号を○で囲むこと。
- 3 欄については、請求しようとする失業等給付を○で囲むこと。
- この請求書には、受給資格者証、高年齢受給資格者証、特例受給資格者証又は被保険者手帳のほか次の書類を添えること。ただし、(4) から (18) までの書類については、死亡した受給資格者等が既に提出している場合は、添える必要がないこと。
  - 死亡の事実及び死亡の年月日を証明できる書類……死亡診断書等
  - 請求者と死亡した受給資格者等との続柄を証明することができる書類……戸籍謄本等
  - 請求者が死亡した受給資格者等と生計を同じくしていたことを証明することができる書類……住民票の謄本等
  - 基本手当、高年齢求職者給付金又は特例一時金を請求するとき……失業認定申告書
  - 技能習得手当又は寄宿手当を請求するとき……公共職業訓練等受講証明書
  - 傷病手当を請求するとき……傷病手当支給申請書
  - 就業手当を請求するとき……就業手当支給申請書
  - 再就職手当を請求するとき……再就職手当支給申請書
  - 就業促進定着手当を請求するとき……就業促進定着手当支給申請書
  - 常用就職支度手当を請求するとき……常用就職支度手当支給申請書
  - 移転費を請求するとき……移転費支給申請書
  - 求職活動支援費を請求するとき……求職活動支援費支給申請書
  - 教育訓練給付金を請求するとき……教育訓練給付金支給申請書、教育訓練給付金（第 101 条の 2 の 7 第 2 号関係）支給申請書又は、教育訓練給付金（第 101 条の 2 の 7 第 3 号関係）支給申請書
  - 教育訓練支援給付金を請求するとき……教育訓練支援給付金受講証明書
  - 高年齢雇用継続基本給付金、高年齢再就職給付金を請求するとき……高年齢雇用継続基本給付支給申請書
  - 育児休業給付金を請求するとき……育児休業給付金支給申請書
  - 介護休業給付金を請求するとき……介護休業給付金支給申請書
  - その他必要な書類
- 請求者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- ※印欄には、記載しないこと。

様式第十一号の四及び様式第十一号の五（表面）中「ト成」を「今成」に改める。

様式第十二号（第一面）を次のように改める。



# 公共職業訓練等 受講届 通所届

※ 帳票種別

13201

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 受講指示年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

3. 訓練の種類 級地区分

□□-□□

4. 受講開始年月日

□□-□□□□□□□□ □□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日 元号 年 月 日

終了予定年月日

5. 寄宿開始年月日

□□-□□□□□□□□ □□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日 元号 年 月 日

終了予定年月日

6. 通所開始年月日

□□-□□□□□□□□ □□-□□□□□□□□  
元号 年 月 日 元号 年 月 日

終了予定年月日

7. 通所手当月額

□□□□□□ □

8. 訓練継続表示

□

1 受給資格者 に関する事項	氏名			支給番号						
	住所又は居所	(電話番号 ( ) 方)								
2 公共職業訓練等 に関する事項	種類 (第2面の注意の3の中から該当するものを選んで、その記号を○で囲むこと。)	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	期間	昼夜間の別				昼間・夜間				
	受講開始年月日	令和	年	月	日	終了予定年月日	令和	年	月	日
3 通所に 関する 事項	順路 <sup>(1)</sup>	通所方法の別 <sup>(2)</sup>	区間 <sup>(3)</sup>	距離(概算) <sup>(4)</sup>	乗車券等の種類 <sup>(5)</sup>	左欄の乗車券等の額(1ヶ月分) <sup>(6)</sup>	特記事項			
	1		住居から( 経由) まで	キロメートル		円				
	2		から( 経由) まで	キロメートル		円				
	3		から( 経由) まで	キロメートル		円				
	4		から( 経由) まで	キロメートル		円				
	5		から( 経由) まで	キロメートル		円				
	6		から( 経由) まで	キロメートル		円				
		計		キロメートル		円				
(7) 【届出理由】	イ 新規(口に該当するものを除く。) ロ 新規(雇用保険法第24条第2項の基本手当を受けられる者であって再度の受講が指示されたことによるもの) ハ 住所又は居所の変更 ニ 通所経路の変更 ホ 通所方法の変更 ヘ 運賃等の負担額の変更									
	上記事実の発生年月日	令和	年	月	日	通所終了予定年月日	令和	年	月	日

2欄及び3欄の記載事実誤りにないことを証明する。

令和 年 月 日 (公共職業訓練等の施設の長の職氏名)

印

4 寄宿に関 する事項	寄宿の事実	有	無	家族の状況	(第2面の「家族の状況」欄に記載すること。)					
	寄宿期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日
	寄宿前の住(居)所									

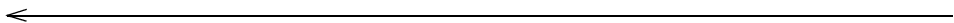
5 公共職業訓練等の受講指示に関する事項	受講指示公共職業安定所又は地方運輸局の名	受講指示年月日	令和	年	月	日
----------------------	----------------------	---------	----	---	---	---

雇用保険法施行規則第21条第1項の規定により上記のとおり届けます。  
また、この届書の提出を上記公共職業訓練等の施設の長に委任します。  
公共職業安定所長 殿 令和 年 月 日  
地方運輸局長 殿  
受給資格者氏名 印

※ 処理欄	法第24条第1項の基本手当	証明認定	寄宿手当	備考					
	通所手当(月額)	円	※ 所属長		次長	課長	係長	係	操作者

様式第十四号（第一面）中「~~表紙~~」を「~~表紙~~」に改める。

様式第十五号（第一面）を次のように改める。





# 公共職業訓練等受講証明書

（必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。）

※ 帳票種別

12205

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 未支給区分

□ (空欄 未支給以外)  
1 未支給

3. 待期満了年月日

□-□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

4. 支給期間（初日） (末日)

□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日 月 日

5. 認定日数 受講日数 通所日数

□□□-□□□-□□□

6. 特定職種受講日数

□□

7. 寄宿日数

□□

8. 内職（労働日数-収入額）

□□□-□□□□□□□□  
円

9. 就業手当支給日数

□□□

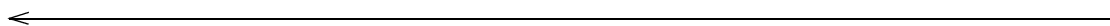
10. 早期就業支援金支給日数

□□□

1 受講者氏名	2 証明対象期間						令和	年	月
3 訓練受講職種									
4 右のカレンダーに該当する印をつけてください。	1	2	3	4	5	6	7		
(1) 公共職業訓練等が行われなかった日（日・祝日等） =印	8	9	10	11	12	13	14		
(2) 公共職業訓練等を受けなかった日のうち	15	16	17	18	19	20	21		
イ 疾病又は負傷による場合 ○印	22	23	24	25	26	27	28		
ロ イ以外でやむを得ない理由がある場合 △印	29	30	31						
ハ やむを得ない理由がない場合 ×印									
5 特記事項	上記の記載事実誤りのないことを証明する。 令和 年 月 日 (公共職業訓練等の施設の長の職氏名) 印								
6 2の期間中に就職、就労、内職又は手伝いをしましたか。	イ した ロ しない								
7 2の期間中に内職又は手伝いをして収入を得ましたか。	イ 得た ロ 得ない								
8 寄宿の有無	有 ( ) ・無								
上記のとおり申告します。 また、この証明書の提出を上記公共職業訓練等の施設の長に委任します。									
公共職業安定所長 殿				受講者氏名 _____ 印				地方運輸局長	支給番号 ( )
※ 連絡事項									
備考									

※ 所属長 次長 課長 係長 係 操作者

様式第十六号(2)を次のように改める。



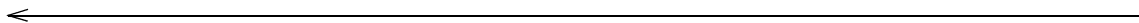
受給期間・教育訓練給付適用対象期間延長申請書

1 申請者	氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女										
	住所又は居所	(電話 )																
2	申請する延長の種類	受給期間 ・ 教育訓練給付適用対象期間																
3	離職年月日	令和	年	月	日	4 被保険者となった年月日	昭和 平成 令和	年	月	日								
5	被保険者番号																	
6	支給番号																	
7	この申請書を提出する理由	イ 妊娠、出産、育児、疾病、負傷等により職業に就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができないため ロ 定年等の理由により離職し、一定期間求職の申込みをしないことを希望するため 具体的理由																
8	職業に就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができない期間又は求職の申込みをしないことを希望する期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	※ 処理欄	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
※	延長後の受給(教育訓練給付適用対象)期間満了年月日	令和	年	月	日													
9	7のイの理由が疾病又は負傷の場合	傷病の名称	診療機関の名称・診療担当者															
雇用保険法施行規則第31条第1項・第31条の3第1項の規定により受給期間の延長、第101条の2の5第1項の規定により教育訓練給付に係る適用対象期間の延長を上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 (印) 公共職業安定所長 殿																		
備考	離職票交付安定所名																	
	離職票交付年月日																	
	離職票交付番号																	

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者	
----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--

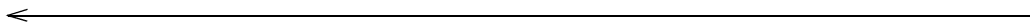
様式第十七号を次のように改める。





様式第十八号（第一面）中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

様式第二十号（第一面）を次のように改める。



# 受給資格者氏名住所変更届

※ 帳票種別

12208

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 新氏名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

1 氏名	フリガナ																		
	新																		
	旧																		
2 住所	新																		
	旧																		
3 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	4 変更年月日	令和	年	月	日										

雇用保険法施行規則第49条第1項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

(高年齢・特例) 受給資格者氏名 \_\_\_\_\_ 印

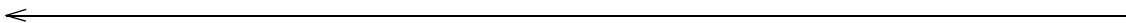
公共職業安定所長  
地方運輸局長 殿

支給番号 ( )  
電話番号 ( )

備考																		
	※口座名義変更確認欄																	

※	所属長		次長		課長		係長		係		操作者	
---	-----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--

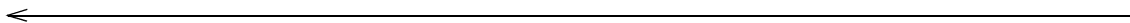
様式第二十二号（第一面）を次のように改める。







様式第二十二号の三（第一面）を次のように改める。



# 高年齢受給資格者失業認定申告書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

※ 帳票種別

12220

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 未支給区分

□ (空欄 未支給以外  
1 未支給)

3. 待期満了年月日

□□-□□□□□□ (4平成 5令和)  
元号 年 月 日

4. 高年齢求職者給付金失業認定年月日

□□-□□□□□□ (4平成 5令和)  
元号 年 月 日

1 失業の認定を受けようとする期間中に、就職又は就労をしましたか。		ア し た	就職又は就労した人は、した月日を記載してください。			
		イ し な い				
2 失業の認定を受けようとする期間中に、求職活動をしましたか。						
ア 求職活動をした	(1) 求職活動をどのような方法で行いましたか。					
	求 職 活 動 の 方 法	活 動 日	利 用 し た 機 関 の 名 称	求 職 活 動 の 内 容		
	(ア) 公共職業安定所又は地方運輸局による職業相談、職業紹介等 (イ) 職業紹介事業者による職業相談、職業紹介等 (ウ) 派遣元事業主による派遣就業相談等 (エ) 公的機関等による職業相談、職業紹介等					
	(2) (1)の求職活動以外で、事業所の求人に応募したことがある場合には、下欄に記載してください。					
	事業所名、部署	応募日	応募方法	職種	応募したきっかけ	応募の結果
(電話番号 )				(ア) 知人の紹介 (イ) 新聞広告誌 (ウ) 就職情報誌 (エ) インターネット (オ) その他		
(電話番号 )				(ア) 知人の紹介 (イ) 新聞広告誌 (ウ) 就職情報誌 (エ) インターネット (オ) その他		
イ 求職活動をしなかった	(その理由を具体的に記載してください。)					
3 今、公共職業安定所又は地方運輸局から自分に適した仕事が紹介されれば、すぐに応じられますか。		ア 応じられる	すぐに応じられない理由を第2面の注意の6の中から選んで、その記号を○で囲んでください。			
		イ 応じられない	(ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)			
4 就職もしくは自営した人又はその予定のある人が記入してください。		ア 就 職	(1) 公共職業安定所又は地方運輸局紹介 (2) 地方公共団体又は職業紹介事業者紹介 (3) 自己就職	(就職先事業所) 事業所名 ( ) 所在地 (〒 ) 電話番号 ( )		
		イ 自 営	月 日より自営業開始 (予定)			

(あてはまるものに○をつけ、必要なことがらを記入してください。)

雇用保険法施行規則第65条の5第1項において準用する第22条第1項の規定により上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

(この申告書を提出する日)

公共職業安定所長 殿  
地方運輸局長

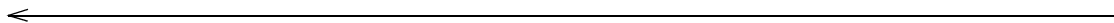
高年齢受給資格者氏名 \_\_\_\_\_  
支 給 番 号 ( )

印

認定日・時間
月 日 時から 時 まで

※ 公共職業安定所又は地方運輸局記載欄	連絡事項	取扱者印	操作者印
備考			

様式第二十四号（第一面）を次のように改める。



# 特例受給資格者失業認定申告書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

※ 帳票種別

12204

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 未支給区分

□ (空欄 未支給以外 1 未支給)

3. 待期満了年月日

□□-□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

4. 特例一時金失業認定年月日

□□-□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

1 失業の認定を受けようとする期間中に、就職又は就労をしましたか。	ア	し	た	就職又は就労した人は、した月日を記載してください。
	イ	し	ない	
2 失業の認定を受けようとする期間中に、就職先をさがしましたか。	ア	さがした	どのような方法でさがしましたか。 (ア) 公共職業安定所又は地方運輸局による職業相談、職業紹介等 (イ) 職業紹介事業者による職業相談、職業紹介等 (ウ) 派遣元事業主による派遣就業相談等 (エ) 公的機関等による職業相談、職業紹介等 (オ) 知人の紹介による求人への応募 (カ) 新聞広告による求人への応募 (キ) 就職情報誌による求人への応募 (ク) インターネットによる求人への応募 (ケ) その他 ( )	
	イ	さがさなかった	(その理由を具体的に記載してください。)	
3 今、公共職業安定所又は地方運輸局から自分に適した仕事が紹介されれば、すぐに応じられますか。	ア	応じられる	すぐに応じられない理由を第2面の注意の5の中から選んで、その記号を○で囲んでください。 (ア) (イ) (ウ) (エ) (オ)	
	イ	応じられない		
4 就職もしくは自営した人又はその予定のある人が記入してください。	ア	就職	(1) 公共職業安定所又は地方運輸局紹介 (2) 地方公共団体又は職業紹介事業者紹介 (3) 自己就職 (就職先事業所) 事業所名 ( ) 月 日より就職 (予定) 所在地 (〒 ) 電話番号 ( )	
	イ	自営	月 日より自営業開始 (予定) 電話番号 ( )	

(あてはまるものに○をつけ、必要なことがらを記入してください。)

雇用保険法施行規則第69条において準用する第22条第1項の規定により上記のとおり申告します。

令和 年 月 日  
(この申告書を提出する日)

公共職業安定所長 殿  
地方運輸局長

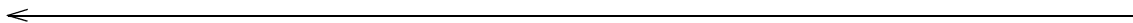
特例受給資格者氏名

支給番号 ( )

印

認定日・時間	※ 公共職業安定所又は地方運輸局記載欄	連絡事項	取扱者印	操作者印
月 日 時から 時まで	備考			

様式第二十五号を次のように改める。



雇用保険日雇労働被保険者資格取得届

※	所長	次長	課長	係長	係

※被保険者番号					
1. 氏名		2. 性別	男・女	3. 生年月日	大昭平令 年 月 日
4. 住所又は居所					
5. 個人番号					
6. 職種		7. 雇用保険法第 43 条第 1 項第 1 号から第 3 号までのいずれかに該当するに至った年月日	令和 年 月 日		

雇用保険法施行規則第 71 条の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

被保険者氏名

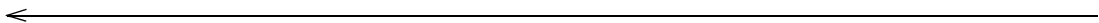
印

公共職業安定所長 殿

注 意

- ※印欄には、記載しないこと。
- 被保険者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

様式第二十六号を次のように改める。





# 雇 用 保 険

## 日 雇 労 働 被 保 険 者 任 意 加 入 申 請 書

※	所長	次長	課長	係長	係

※被保険者番号					
1. 氏 名		2. 性 別	男・女	3. 生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日
4. 住所又は居所				5. 職 種	

雇用保険法施行規則第 72 条の規定により上記のとおり日雇労働被保険者任意加入についての認可を申請します。

令和 年 月 日

記名押印又は署名

申請者氏名

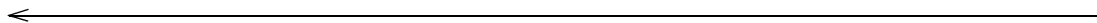
印

公共職業安定所長 殿

※認可の可否		※	
※理 由		認 可 年 月 日	年 月 日

- 注 意
- 1 ※印欄には、記載しないこと。
  - 2 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

様式第二十八号を次のように改める。



# 雇 用 保 険

## 日雇労働被保険者資格継続認可申請書

※

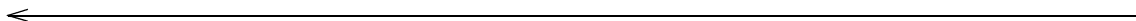
所長	次長	課長	係長	係

1. 氏 名		2. 性別	男・女	3. 生 年 月 日	大昭平令 年 月 日
4. 住 所 又 は 居 所				5. 被 保 険 者 番 号	
6. 継 続 雇 用 された 月 又 は 期 間					
継 続 雇 用 された 事 業 主	7. 氏 名				
	8. 住 所				
継 続 雇 用 された 事 業 所	9. 名 称				
	10. 所 在 地				
<p>雇用保険法施行規則第 74 条第 1 項の規定により上記のとおり日雇労働被保険者の資格の継続についての認可を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: center;">公共職業安定所長 殿</p> <p style="text-align: right;">記名押印又は署名 印</p>					
※ 認 可 の 可 否		※ 理 由			

**注 意**

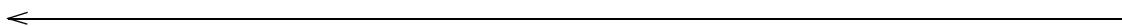
- 1 6 欄から 10 欄までには、2 月の各月において 18 日以上又は継続して 31 日以上同一の事業主の適用事業に雇用された場合のその月又は期間、事業主及び事業所を記載すること。
- 2 継続雇用された事業主が法人の場合は、7 欄には法人の名称及び代表者の氏名を、8 欄には法人の主たる事務所の所在地を記載すること。
- 3 9 欄及び 10 欄には、継続雇用された事業所の名称及び所在地が 7 欄及び 8 欄の記載と異なる場合にのみ記載すること。
- 4 被保険者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 5 ※印欄には、記載しないこと。

様式第二十九号（第一面）を次のように改める。





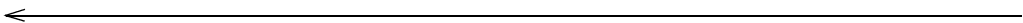
様式第二十九号の二（第一面）を次のように改める。





様式第二十九号の二の二（第一面）中「~~共有~~」を「~~共有~~」に改める。

様式第二十九号の三（第一面）を次のように改める。

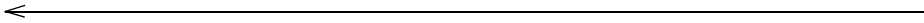






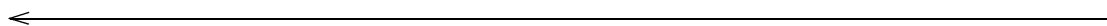
様式第三十号（第一面）、様式第三十一号、様式第三十二号、様式第三十二号の二（第一面）、様式第三十二号の三（第一面）及び様式第三十二号の四（第一面）中「ナ」を「ナ」に改める。

様式第三十三号の二（第一面）を次のように改める。



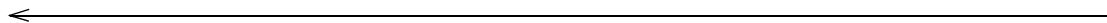


様式第三十三号の二の二（第一面）を次のように改める。



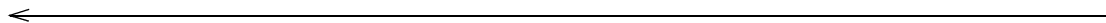


様式第三十三号の二の四（第一面）を次のように改める。





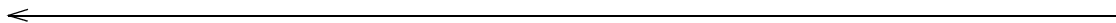
様式第三十三号の二の五（第一面）を次のように改める。







様式第三十三号の二の六（第一面）を次のように改める。



# 教育訓練給付金 (第101条の2の7第2号関係) 受給者

氏名  
住所  
電話番号

# 変更届

※ 帳票種別

11506

1. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□□□

2. 受講開始年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)

元号 年 月 日

1 氏名	フリガナ																
	新																
	旧																
2 住所	新	〒															
	旧	〒															
3 電話番号	新	- -															
	旧	- -															
4 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	5 変更年月日	令和	年	月	日								

雇用保険法施行規則第101条の2の15の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

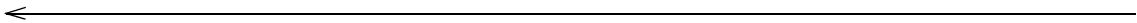
受給者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

備考											※口座名義変更確認欄

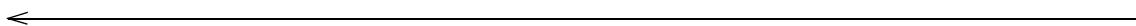
※	所属長		次長		課長		係長		係		操作者
---	-----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----

様式第三十三号の二の七（第一面）を次のように改める。



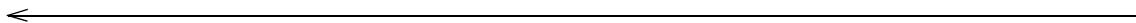


様式第三十三号の三（第一面）を次のように改める。





様式第三十三号の三の二を次のように改める。





様式第33号の302 (第101条の5、第101条の7関係) (第1面)

# 高齢雇用継続給付支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

13301

氏名

給付金の種類  
 (1) 基本給付金  
 (2) 再就職給付金

事業所番号

管轄区分

1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日

要件該当日

支給対象年月

支給申請月

令和

前回処理年月日

賃金月額7.5% (旧8.5%)

賃金月額6.1% (旧6.4%)

<賃金支払状況>

3. 支給対象年月その1

元号 年 月

4. 3欄の支給対象年月に支払われた賃金額

円

5. 賃金の減額があった日数

日

7. 支給対象年月その2

元号 年 月

8. 7欄の支給対象年月に支払われた賃金額

円

9. 賃金の減額があった日数

日

11. 支給対象年月その3

元号 年 月

12. 11欄の支給対象年月に支払われた賃金額

円

13. 賃金の減額があった日数

日

6. みなし賃金額

円

10. みなし賃金額

円

14. みなし賃金額

円

※ 15. 未支給区分

元号 年 月

16. 出力区分

即時出力の場合は「1」を入力

17. 次回支給申請年月日

元号 年 月 日

(平成 5 令和)

上記の記載事項に誤りがないことを証明します。

令和

年

月

日

事業所名 (所在地・電話番号)

事業主氏名

印

雇用保険法施行規則第101条の5・第101条の7の規定により、上記のとおり高齢雇用継続給付の支給を申請します。

令和

年

月

日

公共職業安定所長 殿

申請者氏名

印

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)



様式第33号の3の2（第101条の5、第101条の7関係）（第2面）

その他賞金に関する特記事項

18.	19.	20.
-----	-----	-----

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			印

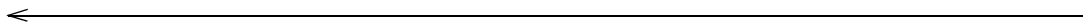
※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

賞金締切日	日	賞金支払日	当月・翌月	日
賞金形態	月給・日給・時間給・			
備				
所定労働日数	3欄	日	7欄	日
通勤手当	有	(毎月・3か月・6か月・		)・無
考				
※	支給決定年月日	令和	年	月
				日

注意

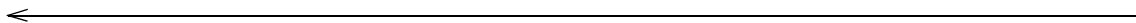
- この申請書は、指定された次回支給申請日に事業主を経由して事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。また、この支給申請については指定された次回支給申請月に行わなければ、特別の事情があると認められない限りその支給を行うことはできません。  
なお、初回の支給申請は、この申請書に六十歳到達時等賞金証明書及び高年齢雇用継続給付受給資格確認票を添付して最初に支給を受けようとする支給対象月の初日から起算して4か月以内に行ってください。この場合、平成16年1月1日前に既に高年齢雇用継続給付の受給資格が確認されている場合には、六十歳到達時等賞金証明書及び受給資格確認票の添付は必要ありません。また、初回の支給申請前に既に六十歳到達時等賞金証明書及び受給資格確認票を提出し、六十歳到達時等賞金証明書及び受給資格確認票の添付が行い、受給資格確認通知書を送付されている場合には、これらの書類の添付に代えて支給申請書にその通知書添えて事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。
- 申請は正しくしてください。偽りの記載をして提出した場合には、以後高年齢雇用継続給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 7欄及び11欄には、支給を受けようとする支給対象月を記載し、月が1桁の場合は、それぞれ100の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。
- 支給対象月において被保険者資格を喪失した後一日の翌日もなく別の事業主に雇用され被保険者資格を取得したときも、支給の対象となります。
- この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賞金（臨時の賞金及び3か月を超える期間ごとに支払われる賞金を除く。）の額を記載してください。
- 4欄、8欄及び12欄には、各々3欄、7欄及び11欄に記載した支給対象月に支払われた賞金（臨時の賞金及び3か月を超える期間ごとに支払われる賞金を除く。）の額を記載してください。  
(1) 賞金に含まれるか否かが判断しきれないものについては、各々18欄、19欄及び20欄にその額とその名称を記載してください。  
(2) 出向中の被保険者であって、出向元及び出向先の双方から賞金が支払われている場合は、その賞金の合計額を記載してください。この場合、下記11の賞金台帳により賞金の額が確認できない賞金については、備考欄にその額を記載の上、その賞金を支払った事業主の確認印を押ししてもらってください。  
(3) 賞金締切日、賞金支払日、賞金形態、4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月ごとの所定労働日数（賞金形態が日給又は時間給の場合）並びに通勤手当に関する事項について、備考欄に記載してください。
- 5欄、9欄及び13欄には、各々4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月において非行、疾病、負傷、事業所の休業、私事等により賞金の全部又は一部の支払を受けることができなかった日の数を記載してください（該当する日がない場合は「0」と記載してください。）。この場合、4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月において賞金の減額の対象となった日に支払いを受けることができなかった賞金の額を各々18欄、19欄及び20欄に記載してください。
- 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入欄は空欄のままとし、※印の付いた欄又は記入欄には記載しないでください。
- 事業主は、記載事項に誤りのないことの証明を行ってください。
- 事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- この支給申請書の提出に際しては、賞金額等その記載内容を確認できる賞金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 本手続は電子申請による申請が可能です。
- なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送付することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

様式第三十三号の四を次のように改める。





様式第三十三号の五（第一面）を次のように改める。



育児休業給付受給資格確認票・(初回)育児休業給付金支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

Main application form with multiple sections for personal information, employment details, and payment information. Includes fields for account type, insurance number, dates, and amounts.

この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。

- 1 保育所における保育が実施されないこと
2 養育を予定していた配偶者の死亡
3 養育を予定していた配偶者の自傷・疾病等
4 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居
5 養育を予定していた配偶者の産前産後休業等

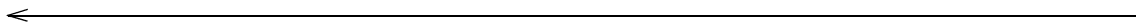
Declaration section for the employer and public employment security office. Includes fields for company name, date, and signatures.

Table for bank transfer information. Columns include bank name, branch, account number, and confirmation stamp.

Financial institution request section. Includes a checklist of requirements and a table for processing dates and status.

Final information section including social insurance details and official stamps for the employer and public employment security office.

様式第三十三号の五の二を次のように改める。



# 育児休業給付金支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

111406

支給申請期間

氏名

1. 被保険者番号

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

2. 資格取得年月日

3. 育児休業開始年月日

支給単位期間その1 (初日-末日)

事業所番号

管轄区分

支給終了年月日

支給単位期間その2 (初日-末日)

出生年月日

前回処理年月日

4. 支給単位期間その1 (初日)

元号

8. 支給単位期間その2 (初日)

元号

12. 最終支給単位期間

元号

16. 職場復帰年月日

元号

17. 支給対象となる期間の延長事由一

事由

元号

(末日)

(平成5令和)

(末日)

(平成5令和)

(末日)

(平成5令和)

(平成5令和)

(平成5令和)

(平成5令和)

(平成5令和)

5. 就業日数

6. 就業時間

9. 就業日数

10. 就業時間

13. 就業日数

14. 就業時間

15. 支払われた賃金額

17. 支給対象となる期間の延長事由二

事由

元号

7. 支払われた賃金額

11. 支払われた賃金額

15. 支払われた賃金額

20. 次回支給申請年月日

元号

21. 否認

22. 未支給区分

(空欄 未支給以外 未支給)

19. 配偶者の被保険者番号

元号

20. 次回支給申請年月日

元号

21. 否認

22. 未支給区分

(空欄 未支給以外 未支給)

上記の記載事実と異なることを証明します。

令和 年 月 日

事業所名 (所在地・電話番号)

印

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

申請者氏名

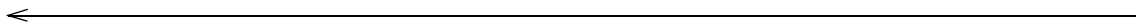
印

(なるべく折り曲げないようにし、やぶをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてくださいます。)





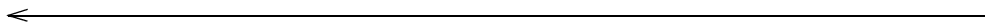
様式第三十三号の六（第一面）を次のように改める。





様式第三十四号（表面）中「~~共有~~」を「~~共有~~」に改める。

様式第三十五号を次のように改める。



雇用保険被保険者資格取得届光ディスク等提出用総括票

(必ず第 2 面の注意事項を読んでから記載してください。)

1. 事業所名 フリガナ
2. 事業所番号
3. 届出年月日 令和 年 月 日
4. 届出被保険者数 人
届出被保険者氏名 別紙のとおり
5. 資格取得年月日 令和 年 月 日
6. 雇用形態 1. 日雇 2. 派遣 3. パートタイム
4. 有期契約労働者 5. 季節的雇用 6. 船員 7. その他
7. 1 週間の所定労働時間 時間 分
8. 契約期間の定め 1 有 (契約期間令和 年 月 日~ 令和 年 月 日)
契約更新条項の有無 イ有 □無
2 無

Table with 6 columns: 氏名(ローマ字), 国籍・地域, 在留資格, 在留期間(西暦 年 月 日まで), 資格外活動許可の有無(有・無), 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 (checkbox). Includes a '備考' section for other entries.

雇用保険法施行規則第 6 条第 1 項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所
事業主 氏名
電話番号

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

Table with 4 columns: 社会保険労務士記載欄, 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示, 氏名, 電話番号. Includes a '備考' column.

※ 取得時被保険者種類

- 1 一般 2 短期常態 3 短期特例 1 1 高年齢被保険者(65 歳以上)

Table with 8 columns: 所長, 次長, 課長, 係長, 係, 係, 操作者

備考
確認通知 令和 年 月 日

注意

- 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届け出ること。  
 総括票の記載項目については、各項目について2以上の条件を併記してはならず、また、1の光ディスク等、記録媒体2以上の雇用保険被保険者資格取得届光ディスク等提出用総括票に対応するデータを記録してはならない。  
 また、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。なお、再取得の場合には窓口用フォーマットではなく電子申請用フォーマットの入力方法によること。
  - 光ディスク等、記録媒体の種類等
    - CDで作成する場合、それぞれ、CD-ROMで作成する場合はJIS X 6281、CD-Rで作成する場合はJIS X 6282、CD-RWで作成する場合はJIS X 6283に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
    - DVDで作成する場合、それぞれ、DVD-ROMで作成する場合はJIS X 6241またはJIS X 6242、DVD-Rで作成する場合はJIS X 6245またはJIS X 6249、DVD-RWで作成する場合はJIS X 6248に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
    - 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて1バイトコード(半角)で作成すること。1バイトコードについては、JIS 8単位符号、2バイトコードはシフトJISコードを使用すること。
    - 個人データは1ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルボリュームとする。1の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは窓口用フォーマットは8,000人分、電子申請用フォーマットは1,000人分までとすること。
  - データ形式はCSV形式とし、窓口用フォーマットの場合は、ファイル名は「shutoku」拡張子は「txt」又は「csv」とすること。  
 また、電子申請用フォーマットの場合は、ファイル名は「10101-shutoku」拡張子は「csv」とすること。
  - 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、取得年月日を記載すること。
- 光ディスク等、記録媒体入力方法(窓口用フォーマット)
    - 冒頭データ  
 事業所名、作成年月日(改行)  
 10101(改行)
    - 個人データ  
 1-個人番号、3-1,4-氏名(かか)、6-性別、7-生年月日、8-事業所番号、9-資格取得年月日、10-被保険者となったことの原因、11-賃金支払いの態様-賃金額、12-雇用形態、13-職種、15-就職経路、16-1週間の所定労働時間、17-契約期間の定め、18-被保険者氏名(ローマ字)、19-国籍・地域、20-国籍・地域コード、21-在留資格、22-在留資格コード、23-在留期間、24-資格外活動許可の有無、25-派遣-請負就労区分、30-漢字氏名(改行)  
 1-個人番号、3-1,4-氏名、.....
    - 個人番号:必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号(マイナンバー)を入力すること。  
 (イ)性別:男1、女2  
 (ロ)生年月日:明治1、大正2、昭和3、平成4、令和5とし〇〇年××月△△日生まれの場合、「該当年号番号〇〇××△△」を入力すること。1桁の場合は、10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。  
 (ニ)事業所番号:必ず11桁の事業所番号を入力すること。  
 (ホ)資格取得年月日:試用期間、研修期間を含む雇入れの初日を入力すること。令和〇〇年××月△△日の場合、「5-〇〇××△△」を入力すること。1桁の場合は上記(ウ)と同様に入力すること。  
 (カ)被保険者となったことの原因:新規雇用(新規学卒)1、新規雇用(その他)2、日雇からの切替3、その他4、出向元への復帰等(65歳以上)8  
 (キ)賃金:月給1、週給2、日給3、時間給4、その他5とし、資格取得年月日現在における支払の態様及び賃金月額(臨時の賃金、1箇月を超える期間ごとに支払われる賃金及び超過勤務手当を除く。)(単位:千円)×千円未満四捨五入、最大4桁まで、数字のみを入力すること。の間は“-”で結んで入力すること。  
 (ク)雇用形態:日雇1、派遣2、パートタイム3、有期契約労働者4、季節的雇用5、船員6、その他7  
 (ケ)職種:(1)管理的職業 01 (2)専門的・技術的職業 02 (3)事務的職業 03 (4)販売の職業 04 (5)サービスの職業 05 (6)保安の職業 06 (7)農林漁業の職業 07 (8)生産工程の職業 08 (9)輸送・機械運転の職業 09 (10)建設・探掘の職業 10 (11)運搬・清掃・包装等の職業 11  
 (コ)就職経路:安定所紹介1、自己就職2、民間紹介3、把握していない4  
 (サ)1週間の所定労働時間:半角数字により〇〇時間××分のときは「〇〇××」を入力すること。1桁の場合は10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。  
 例 所定労働時間が38時間0分の場合...16-3800  
 (シ)契約期間の定め:8欄に記載した内容と一致し、数字及びイ又はロを並べること。なお、各記載内容の間は“-”で結ぶこと。  
 例 契約期間の定めあり(1)、契約期間令和〇〇年××月△△日~令和〇〇年××月△△日、令和〇〇年××月△△日、契約更新条項あり(イ)の場合...17-1-5-〇〇××△△-5-〇〇××△△-イ 契約期間の定め無し(2)の場合...17-2  
 (ス)被保険者氏名(ローマ字):被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で40字以内で在留カード記載順に入力すること。例 18-ROMAJI SHIMEI  
 (セ)国籍・地域:被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
 (ソ)在留資格:被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
 (タ)在留期間:被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」を入力すること。  
 例 2019年3月4日の場合...23-20190304  
 (チ)資格外活動許可の有無:被保険者が外国人の場合に、有1無2を入力すること。  
 (リ)派遣-請負就労区分:被保険者が外国人の場合に、該当1非該当2を入力すること。  
 (ロ)国籍・地域コードと在留資格コードは入力しないこと。
  - 光ディスク等、記録媒体入力方法(電子申請用フォーマット)
    - 管理データ  
 (項目行) 都市区符号、事業所記号、通番、作成年月日、代表届書コード、連記式項目バージョン(改行)  
 (データ行) 10,777,001,20070720,22223,05(改行)
    - 事業所識別符号  
 [kanri](改行)
    - 事業所管理データ  
 社会保険労務士氏名、事業所情報教(改行)  
 ,001(改行)  
 (項目行) 都市区符号、事業所記号、事業所番号、親番号(郵便番号)、子番号(郵便番号)、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、電話番号、雇用保険適用事業所番号(安定所番号)、雇用保険適用事業所番号(一連番号)、雇用保険適用事業所番号(フックイット)(改行)  
 (データ行) 10,777,12345,160,0023,東京都新宿区西新宿9-9-9-9,東京株式会社 鈴木 次郎,03-1234-XXXX,1234,123456,5(改行)
    - データ識別符号  
 [data](改行)
  - 個人データ  
 (項目行) 帳票種別、安定所番号、個人番号、被保険者番号4桁、被保険者番号6桁、被保険者番号フックイット、取得区分、被保険者氏名、被保険者氏名フリガナ(カタカナ)、変更後の氏名、変更後の氏名フリガナ(カタカナ)、性別、生年月日(元号)、生年月日(年)、生年月日(月)、生年月日(日)、事業所番号(安定所番号)、事業所番号(一連番号)、事業所番号(フックイット)、資格取得年月日(元号)、資格取得年月日(年)、資格取得年月日(月)、資格取得年月日(日)、被保険者となったことの原因、賃金(支払の態様)、賃金(賃金月額)、雇用形態、職種、就職経路、取得時被保険者種類、番号複数取得チェック不要、1週間の所定労働時間(時間)、1週間の所定労働時間(分)、契約期間開始(元号)、契約期間開始(年)、契約期間開始(月)、契約期間開始(日)、契約期間終了(元号)、契約期間終了(年)、契約期間終了(月)、契約期間終了(日)、契約更新条項の有無、事業所名、被保険者氏名(ローマ字)、国籍・地域、国籍地域コード、在留資格、在留資格コード、在留期間(年)、在留期間(月)、在留期間(日)、資格外活動許可の有無、派遣-請負就労区分、備考、あて先、備考欄(備考)、確認通知年月日(元号)、確認通知年月日(年)、確認通知年月日(月)、確認通知年月日(日)(改行)  
 (データ行1) 10101,,123456789123,1234,005678,5,1,漢字 氏名,カジ シメI,,1,昭和,35,01,01,1234,123456,5,平成,14,04,01,1,1,0300,7,1,1,,40,20,無,,,,,,,,,東京株式会社,KANJI SHIMEI,ラジリル,,永住者,,,,,2,,飯田橋,,,,,(改行)  
 (データ行2) 10101,,123456789123,1234,005678,1,,,,,  
 (ア)帳票種別:「10101」  
 (イ)個人番号:必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号(マイナンバー)を入力すること。  
 (ロ)被保険者番号:「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を4桁(一連番号)、6桁(一連番号)、1桁(フックイット)に分けて入力すること。  
 (ニ)取得区分:新規1、再取得2  
 (ホ)性別:男1、女2  
 (カ)生年月日:元号は明治、大正、昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、〇〇年××月△△日生まれの場合、「〇〇,××,△△」を入力すること。  
 (キ)事業所番号:「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を4桁(安定所番号)、6桁(一連番号)、1桁(フックイット)に分けて入力すること。  
 (ク)資格取得年月日:元号は令和を漢字で入力すること。年月日は(カ)と同様に入力すること。  
 (ケ)被保険者となったことの原因:新規雇用(新規学卒)1、新規雇用(その他)2、日雇からの切替3、その他4、出向元への復帰等(65歳以上)8  
 (キ)賃金(支払の態様):月給1、週給2、日給3、時間給4、その他5  
 (ク)賃金(賃金月額):賃金月額を0~9999の範囲で入力すること(単位:千円)  
 (シ)雇用形態:日雇1、派遣2、パートタイム3、有期契約労働者4、季節的雇用5、船員6、その他7  
 (セ)職種:(1)管理的職業 01 (2)専門的・技術的職業 02 (3)事務的職業 03 (4)販売の職業 04 (5)サービスの職業 05 (6)保安の職業 06 (7)農林漁業の職業 07 (8)生産工程の職業 08 (9)輸送・機械運転の職業 09 (10)建設・探掘の職業 10 (11)運搬・清掃・包装等の職業 11  
 (コ)就職経路:安定所紹介1、自己就職2、民間紹介3、把握していない4  
 (サ)1週間の所定労働時間:半角数字により〇〇時間××分のときは「〇〇,××」を入力すること。1桁の場合は10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。  
 (例)所定労働時間が38時間0分の場合、1週間の所定労働時間(時間)に「38」、1週間の所定労働時間(分)に「00」と入力する。  
 (シ)契約期間の定め、契約更新条項の有無:「有」または「無」を入力すること。  
 (ソ)契約期間:開始年月日、終了年月日をそれぞれ(カ)と同様に記載すること。  
 (タ)事業所名:当該被保険者の事業所名を半角、全角に関わらず文字数34文字までで入力すること。  
 (チ)被保険者氏名(ローマ字):被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で40字以内で在留カード記載順に入力すること。  
 (ト)国籍・地域:被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
 (ニ)在留資格:被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
 (リ)在留期間:被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」を入力すること。  
 (ロ)資格外活動許可の有無:被保険者が外国人の場合に、有1無2を入力すること。  
 (リ)派遣-請負就労区分:被保険者が外国人の場合に、該当1非該当2を入力すること。  
 (ロ)備考:半角、全角に関わらず文字数80文字までで入力すること。  
 (あ)あて先:提出先安定所を漢字10文字までで入力すること。(例)飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力する。  
 ※安定所番号、取得時被保険者種類、番号複数取得チェック不要、備考欄(備考)、確認通知年月日は省略する。
- 2欄には必ず11桁の事業所番号を記載すること。事業所番号が連続した10桁の構成であって、最後の空欄に記載すべき数字が不明な場合は、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に確認して記載すること。
  - 4欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届け出た被保険者の名簿(漢字及び読み仮名(かか)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名(かか))を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
  - 4欄には、届出対象者の5欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
  - 8欄には、該当するものの番号を○で囲み、1を○で囲んだ場合には、その契約期間を記載するとともに、契約更新の条項の有無について、該当するものの記号をそれぞれ○で囲むこと。
  - 9欄内その他欄には、被保険者となったことの原因が日雇からの切替、その他新規採用以外の理由による者がある場合には、その氏名と理由を記載すること。
  - ※印のついた欄は記載しないこと。
  - 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
  - 本届出に係る被保険者資格取得者が外国人労働者(「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。)が含まれる場合には、以上に加え9欄に、在留カードに記載されている順に氏名(ローマ字)、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。なお、「家族滞在」の在留資格の者等、資格外活動の許可を得て就労する者については、当該許可の有無について、該当するものを○で囲むこと。また、派遣-請負労働者として主として1欄以外の事業所で就労する者については、□にチェックすること。

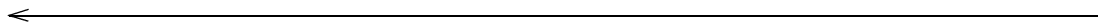
## 雇用保険被保険者資格取得届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢字氏名	読み仮名(カタカナ)		漢字氏名	読み仮名(カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

## (注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一(五十音順)であること。
- 2 対象者が40名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名(在留カード記載順)を記載すること。

様式第三十六号を次のように改める。





雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

1. 事業所名	フリガナ											
2. 事業所番号												
3. 届出年月日	令和 年 月 日											
4. 届出被保険者数	人											
届出被保険者氏名	別紙のとおり											
5. 離職年月日	令和 年 月 日											
6. 1週間の所定労働時間	時間 分											

備 考 欄	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合
その他					

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

事業主 住所  
氏名  
電話番号

記名押印又は署名  
印

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		印	

備 考	
確認通知 令和 年 月 日	

※

所 長		次 長		課 長		係 長		係		操 作 者
--------	--	--------	--	--------	--	--------	--	---	--	-------------

## 注意

- 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届け出ること。  
総括票の記載項目については、各項目について2以上の条件を併記してはならず、また、1の光ディスク等、記録媒体に2以上の雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票に対応するデータを記録してはならない。  
なお、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。
- 光ディスク等、記録媒体の種類等
  - CDで作成する場合、それぞれ、CD-ROMで作成する場合はJIS X 6281、CD-Rで作成する場合はJIS X 6282、CD-RWで作成する場合はJIS X 6283に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
  - DVDで作成する場合、それぞれ、DVD-ROMで作成する場合はJIS X 6241またはJIS X 6242、DVD-Rで作成する場合はJIS X 6245またはJIS X 6249、DVD-RWで作成する場合はJIS X 6248に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
  - 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて1バイトコード(半角)で作成すること。1バイトコードについては、JIS8単位符号、2バイトコードはシフトJISコードを使用すること。
  - 個人データは1ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルボリュームとすること。1の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは1,000人分までとすること。
  - データ形式はCSV形式とし、ファイル名は「10191-soshitsu」拡張子は「csv」とすること。
  - 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、離職年月日を記載すること。
- 光ディスク等、記録媒体入力方法
  - 管理データ  
(項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 通番, 作成年月日, 代表届書コード, 連記式項目バージョン (改行)  
(データ行) 10, 777, 001, 20070720, 22223, 03 (改行)
  - 事業所識別符号  
[kanri] (改行)
  - 事業所管理データ  
社会保険労務士氏名, 事業所情報数 (改行)  
, 001 (改行)  
(項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 事業所番号, 親番号 (郵便番号), 子番号 (郵便番号), 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号, 雇用保険適用事業所番号 (安定所番号), 雇用保険適用事業所番号 (一連番号), 雇用保険適用事業所番号 (フィクティブ) (改行)  
(データ行) 10, 777, 12345, 160, 0023, 東京都新宿区西新宿 9-9-9, 東京株式会社, 鈴木 次郎, 03-1234-XXXX, 1234, 123456, 5 (改行)
  - データ識別符号  
[data] (改行)
  - 個人データ  
(項目行) 帳票種別, 安定所番号, 個人番号, 被保険者番号4桁, 被保険者番号6桁, 被保険者番号フィクティブ, 事業所番号 (安定所番号), 事業所番号 (一連番号), 事業所番号 (フィクティブ), 資格取得年月日 (元号), 資格取得年月日 (年), 資格取得年月日 (月), 資格取得年月日 (日), 離職等年月日 (元号), 離職等年月日 (年), 離職等年月日 (月), 離職等年月日 (日), 喪失原因, 離職票交付希望, 喪失時被保険者種類, 新氏名フリガナ (カタカナ), 新氏名, 補充採用予定の有無, 被保険者氏名フリガナ (カタカナ), 被保険者氏名, 性別, 生年月日 (元号), 生年月日 (年), 生年月日 (月), 生年月日 (日), 被保険者の住所又は居所, 事業所名称, 氏名変更年月日 (元号), 氏名変更年月日 (年), 氏名変更年月日 (月), 氏名変更年月日 (日), 被保険者でなくなったことの原因, 1週間の所定労働時間 (時間), 1週間の所定労働時間 (分), あて先, 被保険者氏名 (ローマ字), 国籍・地域, 国籍地域コード, 在留資格, 在留資格コード, 在留期間 (年), 在留期間 (月), 在留期間 (日), 資格外活動許可の有無, 派遣・請負就労区分, 備考欄 (審査者), 確認通知年月日 (元号), 確認通知年月日 (月), 確認通知年月日 (日) (改行)  
(データ行 1) 10191,, 123456789123, 1234, 005678, 5, 1234, 123456, 5, 平成, 14, 04, 01, 平成, 17, 07, 01, 2, 1,, シン シメイ, 新 氏名, 無, カン シメイ, 漢字 氏名, 1, 昭和, 35, 01, 01, 千葉県美浜区中瀬 9-9-9, 安定株式会社, 平成, 21, 06, 30, 離職のため, 40, 20, 飯田橋, SHIN SHIMEI, ブラジル,, 永住者,,,, 2, 2,,,, (改行)  
(データ行 2) 10191,, 123456789123, 1234, 005678, 1,,,,,  
(ア) 帳票種別: 「10191」  
(イ) 個人番号: 必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号 (マイナンバー) を入力すること。  
(ウ) 被保険者番号: 「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を4桁 (一連番号)、6桁 (一連番号)、1桁 (フィクティブ) に分けて入力すること。  
(エ) 事業所番号: 「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を4桁 (安定所番号)、6桁 (一連番号)、1桁 (フィクティブ) に分けて入力すること。  
(オ) 資格取得年月日: 元号は昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、〇〇年××月△△日に被保険者となった場合、「〇〇, ××, △△」と入力すること。  
(カ) 離職年月日: 元号は令和を漢字で入力すること。年月日は(オ)と同様に入力すること。  
(キ) 喪失原因: 離職以外の理由1, 3以外の離職2, 事業主の都合による離職3  
(ク) 離職票交付希望: 有1, 無2  
(ケ) 補充採用予定の有無: 「有」または「無」を入力すること。  
(コ) 性別: 男1, 女2  
(サ) 生年月日: 元号は明治、大正、昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、年月日は(オ)と同様に入力すること。  
(シ) 被保険者の住所又は居所: 半角、全角に関わらず文字数64文字までで入力すること。  
(ス) 事業所名称: 当該被保険者の事業所名称を半角、全角に関わらず文字数34文字までで入力すること。  
(セ) 氏名変更年月日: 元号は平成、令和のいずれかを漢字で入力すること。年月日は(オ)と同様に入力すること。  
(ソ) 被保険者でなくなったことの原因: 半角、全角に関わらず文字数78文字までで入力すること。  
(タ) 1週間の所定労働時間: 半角数字により〇〇時間××分のときは「〇〇, ××」と入力すること。1桁の場合は10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。(例) 所定労働時間が38時間0分の場合、1週間の所定労働時間 (時間) に「38」、1週間の所定労働時間 (分) に「00」と入力する。  
(チ) あて先: 提出先安定所を漢字10文字までで入力すること。(例) 飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力する。  
(ツ) 被保険者氏名 (ローマ字): 被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で40字以内で在留カード記載順に入力すること。  
(テ) 国籍・地域: 被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
(ト) 在留資格: 被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。  
(ナ) 在留期間: 被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」と入力すること。  
(ニ) 資格外活動許可の有無: 被保険者が外国人の場合に、有1 無2を入力すること。  
(ヌ) 派遣・請負就労区分: 被保険者が外国人の場合に、該当1 非該当2を入力すること。  
※安定所番号, 喪失時被保険者種類, 備考欄 (審査者), 確認通知年月日は省略する。
- 2欄は必ず11桁の事業所番号を記載すること。事業所番号が連続した10桁の構成であって、最後の空欄に記載すべき数字が不明な場合は、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に確認して記載すること。
- 4欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届け出る被保険者の名簿 (漢字及び読み仮名 (かか)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名 (かか)) を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
- 6欄には、届出対象者の5欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
- ※印のついた欄は記載しないこと。
- 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 外国人労働者 (「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。) の場合は、7欄に、在留カードに記載されている順に氏名 (ローマ字)、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。  
なお、派遣・請負労働者として、主として1欄以外の事業所において就労していた者については、□にチェックすること。

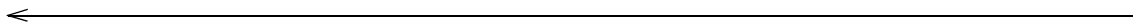
## 雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢字氏名	読み仮名(カタカナ)		漢字氏名	読み仮名(カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

## (注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一(五十音順)であること。
- 2 対象者が40名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名(在留カード記載順)を記載すること。

様式第三十七号を次のように改める。



雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票

（必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。）

1. 事業所名	フリガナ												
2. 事業所番号					—							—	
3. 届出年月日	令和 年 月 日												
4. 届出被保険者数 届出被保険者氏名	人												
	別紙のとおり												
5. 転勤前事業所番号					—							—	
6. 転勤年月日	令和 年 月 日												
7. 転勤前事業所名称	フリガナ												
8. 転勤前事業所・所在地	フリガナ												

9.	
備考	

雇用保険法施行規則第13条第1項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所

事業主 氏名

記名押印又は署名  
印

電話番号

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		印	

備考	

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者
----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----

**注 意**

- 1 帳票の提出に際しては、届出に係る被保険者の既交付の雇用保険被保険者証及び雇用保険被保険者資格喪失届を添付すること。
  - 2 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届け出ること。  
総括票の記載項目については、各項目について2以上の条件を併記してはならず、また、1の光ディスク等、記録媒体に2以上の雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票に対応するデータを記録してはならない。  
なお、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。
- (1) 光ディスク等、記録媒体の種類等
- ア CDで作成する場合、それぞれ、CD-ROMで作成する場合はJIS X 6281、CD-Rで作成する場合はJIS X 6282、CD-RWで作成する場合はJIS X 6283に準拠した記録媒体を使用すること。ポリウム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608に準拠した形式で書き込むこと。  
なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
  - イ DVDで作成する場合、それぞれ、DVD-ROMで作成する場合はJIS X 6241またはJIS X 6242、DVD-Rで作成する場合はJIS X 6245またはJIS X 6249、DVD-RWで作成する場合はJIS X 6248に準拠した記録媒体を使用すること。ポリウム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
  - ウ 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて1バイトコード(半角)で作成すること。1バイトコードについては、JIS 8単位符号、2バイトコードはシフトJISコードを使用すること。
  - エ 個人データは1ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルポリウムとすること。1の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは、1,000人分までとすること。
  - オ データ形式はCSV形式とし、ファイル名は「10106-tenkin」拡張子は「csv」とすること。
  - カ 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、転勤年月日を記載すること。
- (2) 光ディスク等、記録媒体入力方法
- ア 管理データ
    - (項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 通番, 作成年月日, 代表届書コード, 連記式項目バージョン (改行)
    - (データ行) 10, 777, 001, 20070720, 22223, 03 (改行)
  - イ 事業所識別符号  
[kanri] (改行)
  - ウ 事業所管理データ
    - 社会保険労務士氏名, 事業所情報数 (改行)
    - , 001 (改行)
    - (項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 事業所番号, 親番号(郵便番号), 子番号(郵便番号), 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号, 雇用保険適用事業所番号(安定所番号), 雇用保険適用事業所番号(一連番号), 雇用保険適用事業所番号(フィクティブ) (改行)
    - (データ行) 10, 777, 12345, 160, 0023, 東京都新宿区西新宿 9-9-9, 東京株式会社, 鈴木 次郎, 03-1234-XXXX, 1234, 123456, 5 (改行)
  - エ データ識別符号  
[data] (改行)
  - オ 個人データ
    - (項目行) 帳票種別, 安定所番号, 被保険者番号4桁, 被保険者番号6桁, 被保険者番号フィクティブ, 生年月日(元号), 生年月日(年), 生年月日(月), 生年月日(日), 被保険者氏名, 被保険者氏名フリガナ(カタカナ), 被保険者氏名(ローマ字), 資格取得年月日(元号), 資格取得年月日(年), 資格取得年月日(月), 資格取得年月日(日), 事業所番号(安定所番号), 事業所番号(一連番号), 事業所番号(フィクティブ), 転勤前の事業所番号(安定所番号), 転勤前の事業所番号(一連番号), 転勤前の事業所番号(フィクティブ), 転勤年月日(元号), 転勤年月日(年), 転勤年月日(月), 転勤年月日(日), 転勤前事業所名称・所在地, 備考, あて先, 備考欄(備考), 確認通知年月日(元号), 確認通知年月日(年), 確認通知年月日(月), 確認通知年月日(日) (改行)
    - (データ行1) 10106, 1234, 005678, 5, 昭和, 35, 01, 01, 漢字 氏名, カツ シメイ, KANJI SHIMEI, 平成, 14, 04, 01, 1234, 123456, 5, 1234, 234567, 5, 平成, 17, 04, 01, 東京都中央区銀座 9-9-9-9, 飯田橋, ..., (改行)
    - (データ行2) 10106, 1234, 005678, 1, .....
    - (ア) 帳票種別: 「10106」
    - (イ) 被保険者番号: 「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を4桁(一連番号)、6桁(一連番号)、1桁(フィクティブ)に分けて入力すること。
    - (ウ) 生年月日: 元号は明治, 大正, 昭和, 平成, 令和のいずれかを漢字で入力し、〇〇年××月△△日生まれの場合、「〇〇, ××, △△」と入力すること。
    - (エ) 被保険者氏名(ローマ字): 被保険者が外国人の場合に、在留カードに記載されている順にローマ字氏名を入力すること。
    - (オ) 資格取得年月日: 元号は昭和, 平成, 令和のいずれかを漢字で入力し、年月日は(ウ)と同様に入力すること。
    - (カ) 事業所番号: 「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を4桁(安定所番号)、6桁(一連番号)、1桁(フィクティブ)に分けて入力すること。
    - (キ) 転勤前の事業所番号: 転勤前の雇用保険適用事業所番号(カ)と同様に入力すること。
    - (ク) 転勤年月日: 元号は令和を漢字で入力すること。年月日は(ウ)と同様に入力すること。
    - (ケ) 転勤前事業所名称・所在地: 半角、全角に関わらず文字数72文字までで入力すること。
    - (コ) 備考: 半角、全角に関わらず文字数784文字までで入力すること。
    - (サ) あて先: 提出先安定所を漢字10文字までで入力すること。(例) 飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力する。  
※安定所番号, 備考欄(備考), 確認通知年月日は省略する。
- 3 2欄については、当該被保険者が6欄の日に所属する、当該届出を行う事業所の事業所番号を記載すること。事業所番号が10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「-」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。
  - 4 4欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届出する被保険者の名簿(漢字及び読み仮名(かか)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名(かか))を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
  - 5 5欄は転勤前の事業所の事業所番号を記載すること。なお、事業所番号が10桁の構成である場合の記載については上記3と同様とすること。
  - 6 6欄は転勤の年月日を記載すること。
  - 7及び8欄には5欄に記載した事業所の事業所名称及び所在地を記載すること。
  - 9 ※印のついた欄は記載しないこと。
- 9 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。  
なお、事業主の氏名(法人にあっては代表者の氏名)については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

## 雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢字氏名	読み仮名(カタカナ)		漢字氏名	読み仮名(カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

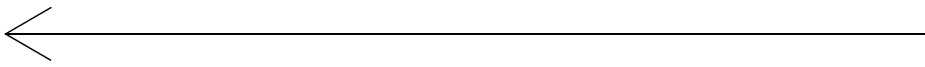
## (注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一(五十音順)であること。
- 2 対象者が40名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名(在留カード記載順)を記載すること。

(作業環境測定法施行規則の一部改正)

第五十五条 作業環境測定法施行規則(昭和五十年労働省令第二十号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。





作業環境測定士登録申請書

収入印紙  
〔消印しては  
ならない。〕

① (ふりがな) 氏名		② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和  年 月 日
③ 住所	郵便番号( )  電話( )		
④ 登録を受けようとする作業環境測定士の種別	第一種 第二種 作業環境測定士	⑤ 登録を受けようとする作業環境測定法施行規則別表に掲げる作業場	1 第1号の作業場 2 第2号の作業場 3 第3号の作業場 4 第4号の作業場 5 第5号の作業場
⑥ 合格した試験	第一種 第二種 作業環境測定士試験	合格証番号	
⑦ 試験の全部が免除される理由			
⑧ 修了した講習	第一種 第二種 作業環境測定士講習	講習修了証番号	
⑨ 修了した講習において選択した分析の実務に関する科目	1 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の実務 2 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の実務 3 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の実務 4 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の実務 5 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の実務		
⑩ 試験に合格し、かつ、講習を修了した者と同等以上の能力を有すると認められる理由			

私は、上記により作業環境測定士の登録を受けたいので申請します。なお、次の欠格事項には該当していません。

- 1 成年被後見人又は被保佐人
- 2 作業環境測定法第12条第2項の規定により、登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者
- 3 作業環境測定法又は労働安全衛生法(これらに基づく命令を含む。)の規定に違反して、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過しない者

年 月 日

氏名

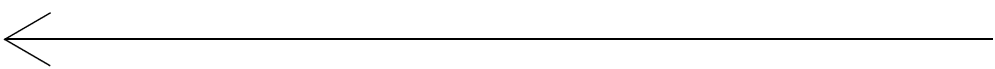
厚生労働大臣  
指定登録機関 殿

## 備考

- 1 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には、申請者の住所を管轄する都道府県労働局長を経由して厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定登録機関が登録事務を行う場合には、当該登録機関に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、当該登録機関の登録事務規程の定めるところにより手数料を納付すること。
- 3 1及び2の場合において、登録免許税の額が3万円以下の場合にあつては、領収証書の貼り付けに代えて、当該登録免許税の額に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けることができる。
- 4 ④欄、⑥欄及び⑧欄は、「第一種」及び「第二種」のうち、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 5 ⑤欄は④欄において「第一種」の文字を○で囲んだ者が、⑨欄は⑧欄において「第一種」の文字を○で囲んだ者が、それぞれ該当する番号を○で囲むこと。
- 6 ⑦欄は、例えば「医師」、「薬剤師」等と記入すること。
- 7 ⑩欄は、例えば「厚生労働大臣から、別表第1号の作業場について作業環境測定を行うことができる第一種作業環境測定士となることのできる」との認定を受けた。」等と記入すること。
- 8 申請書には申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽、縦30ミリメートル横24ミリメートルの写真を添付すること。
- 9 提出の際には、登録を受けることができる事実を証する書面を提示すること。

様式第二号中「平成」を「令和」に改める。

様式第三号を次のように改める。



書換 申請書  
 作業環境測定士登録証 再交付

収入印紙  
 (消印しては)  
 ならない。

登 録 番 号			
氏 名 (ふりがな)	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
住 所	郵便番号( ) 電話( )		
書換え又は再交付の理由			
種別・作業場の種類の変更内容	変更前		
	変更後		

年 月 日

申請者

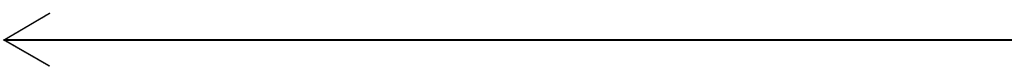
厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関

備考

- 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には、申請者の住所を管轄する都道府県労働局長を経由して厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 指定登録機関が登録事務を行う場合には、当該登録機関に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、当該登録機関の登録事務規程の定めるところにより手数料を納付すること。
- 1及び2の場合において、登録免許税の額が3万円以下の場合にあつては、領収証書の貼り付けに代えて、当該登録免許税の額に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けることができる。
- 表題中「書換」及び「再交付」は、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 「書換え又は再交付の理由」の欄は、次の各号に掲げる申請の区分に応じ、当該各号に掲げる事項のうちから該当するものを記載すること。
  - 書換の申請 氏名、作業環境測定士の種別又は作業環境測定を行うことができる作業場の種類の変更
  - 再交付の申請 登録証の損傷又は滅失
- 「種別・作業場の種類の変更内容」の欄は、作業環境測定士の種別又は作業環境測定を行うことができる作業場の種類の変更による書換の申請の場合に記載すること。
- 氏名の変更による書換の申請の場合には、登録証及び書換の理由を証する書面を添付すること。
- 6の書換の申請の場合以外の書換の申請の場合には、登録証を添付し、かつ、合格証及び講習修了証(作業環境測定法施行規則第5条第1項各号に該当する者にあつては、これらに代わるべき書面)を提示すること。
- 登録証の損傷による再交付の申請の場合には登録証を、登録証の滅失による再交付の申請の場合にはその事実を記載した書面を添付すること。

様式第三号の二中「~~号~~」を「~~号~~」に改める。

様式第五号（表面）を次のように改める。



作業環境測定士試験受験申請書

収入印紙  
消印しては  
ならない。

① 受けようとする試験	1 第一種作業環境測定士試験 2 第二種作業環境測定士試験		
② 選択する分析の技術に関する科目	1 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の技術 2 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の技術 3 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の技術 4 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の技術 5 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の技術		
③ (ふりがな)氏名	④ 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
⑤ 住 所	郵便番号( ) 電話( )		
⑥ 受 験 希 望 地			
受験資格	⑦学 歴		
	⑧経 験		
	⑨その他		
⑩ 免除を受けることができる試験の科目			
⑪ 添 付 書 類			

年 月 日

氏 名

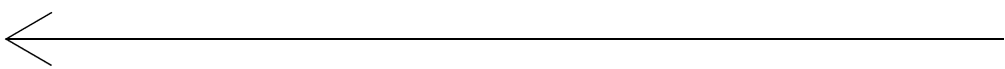
厚生労働大臣  
指定試験機関 殿

〔第一種 第二種 作業環境測定士試験受験整理票〕			〔第一種 第二種 作業環境測定士試験受験票〕			
受験地	※	写真欄	受験地	※	受験番号	※
受験番号	※		(ふりがな) 氏 名			
(ふりがな) 氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	年 月撮影	受験科目			
住 所	郵便番号( ) 電話番号( )		試験日時	※		
受験科目			試験場	※		
備 考	※		備考	※		

注意 受験の際は必ず本票を持参して下さい  
さい

様式第六号中「平成」を「令和」に改める。

様式第七号を次のように改める。



作業環境測定士試験合格証再交付申請書

収入印紙  
〔消印しては  
ならない。〕

① 合格証番号		② 合格証発行年月日	
③ (ふりがな) 氏名		④ 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
⑤ 住所	郵便番号( ) 電話( )		
⑥ 合格した試験	1 第一種作業環境測定士試験 2 第二種作業環境測定士試験		
⑦ 合格した試験において選択した分析の技術に関する科目	1 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の技術 2 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の技術 3 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の技術 4 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の技術 5 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の技術		
⑧ 再交付を受けようとする理由	1 合格証の損傷                      2 合格証の滅失		

私は、上記により合格証の再交付を受けたいので申請します。

年 月 日

氏名

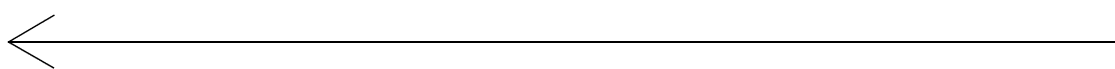
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関

備考

- 1 厚生労働大臣が試験事務を行っている場合には申請者の住所を管轄する都道府県労働局長を経由して厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定試験機関が試験事務を行う場合には、当該指定試験機関に提出すること。この場合にあつては、当該指定試験機関の試験事務規程の定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 3 ⑥欄及び⑧欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 4 ⑦欄は、⑥欄において1を○で囲んだ者が該当する番号を○で囲むこと。
- 5 合格証の損傷による再交付の申請の場合には、合格証を添付すること。
- 6 合格証の滅失による再交付の申請の場合には、その事実を記載した書面を添付すること。



様式第八号を次のように改める。



作業環境測定士 講習 受講申請書  
研修

収入印紙  
〔消印しては  
ならない。〕

① (ふりがな) 氏 名		② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
③ 住 所	郵便番号( ) 電話( )		
④ 受けようとする科目	1 労働衛生管理の実務 2 作業環境について行うデザイン及びサンプリングの実務 3 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の実務 4 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の実務 5 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の実務 6 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の実務 7 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の実務		
⑤ 受けようとする講習	1 第一種作業環境測定士講習 2 第二種作業環境測定士講習		
⑥ 受 講 資 格			
⑦ 添 付 書 類			

年 月 日

氏名

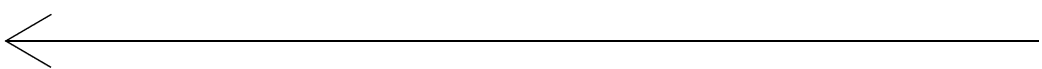
都道府県労働局長  
登録講習機関 殿

備考

- 1 標題中「講習」及び「研修」は、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 2 都道府県労働局長が行う講習又は研修に申し込む場合には、都道府県労働局長に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 3 登録講習機関が行う講習又は研修に申し込む場合には、当該登録講習機関に提出すること。この場合にあつては、当該登録講習機関の業務規程に定めるところにより、手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 4 ④欄及び⑤欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 5 ⑤欄及び⑥欄は、研修を受けようとする者は記入しないこと。
- 6 ⑥欄は、例えば「第一種作業環境測定士試験(別表第1号の作業場の環境について行う分析の技術)に合格」等と記入し、当該記入した事実を証する書面を添付すること。

様式第九号中「平成」を「令和」に改める。

様式第十号を次のように改める。



作業環境測定士 講習 修了証再交付申請書  
研修

収入印紙  
〔消印しては  
ならない。〕

① 修了証番号		② 修了証発行 年月日	
③ (ふりがな) 氏名		④ 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
⑤ 住所	郵便番号( ) 電話( )		
⑥ 修了した講習	第一種 作業環境測定士講習 第二種		
⑦ 受講した科目	1 労働衛生管理の実務 2 作業環境について行うデザイン及びサンプリングの実務 3 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の実務 4 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の実務 5 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の実務 6 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の実務 7 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の実務		
⑧ 再交付を受けようとする理由	1 修了証の損傷                      2 修了証の滅失		

年 月 日

氏名

都道府県労働局長 殿  
登録講習機関

備考

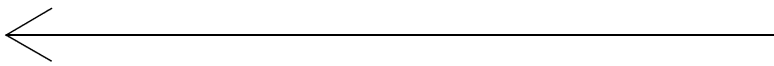
- 1 標題中「講習」及び「研修」は、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 2 都道府県労働局長に提出する場合には、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 3 登録講習機関に提出する場合には、当該登録講習機関の業務規程に定めるところにより、手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 4 ⑥欄は、「第一種」及び「第二種」のうち、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 5 ⑦欄は、該当する番号を○で囲むこと。
- 6 修了証の損傷による再交付の申請の場合には、修了証を添付すること。
- 7 修了証の滅失による再交付の申請の場合には、その事実を記載した書面を添付すること。

様式第十一号、様式第十三号、様式第十四号、様式第十五号及び様式第十五号の二中「ナニ」を「ナニ」に改める。

様式第十七号中「平成」を「令和」に改める。

様式第二十号及び様式第二十一号中「ナニ」を「ナニ」に改める。

様式第二十二号中「平成」を「令和」に改める。

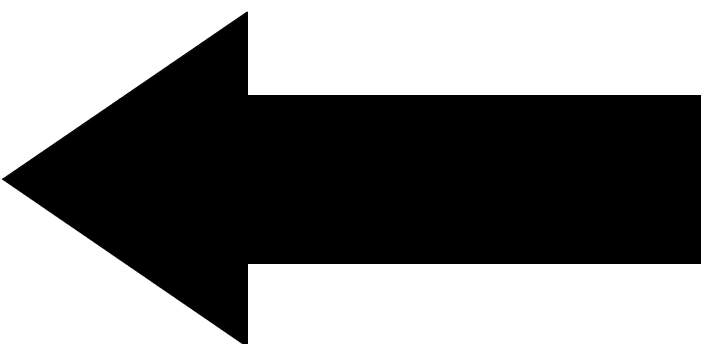


(国民年金法施行規則等の一部を改正する等の省令の一部改正)

第五十六条 国民年金法施行規則等の一部を改正する等の省令(昭和六十一年厚生省令第十七号)の一部を

次のように改正する。

別記様式中「~~第7~~」を「~~第9~~」に、「~~第7~~」を「~~第9~~」に改める。



(女性労働基準規則の一部改正)

第五十七条 女性労働基準規則(昭和六十一年労働省令第三号)の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。



別記様式（第4条関係）

第	号	雇用環境・均等局調査員証票	令和	年	月	日交付
		官職氏	厚生労働省雇用環境・均等局印 名			
厚生労働省						

縦6.5センチメートル  
横 8 センチメートル

（別記様式裏面）

労働基準法（抄）

（女性主管局長の権限）

**第100条** 厚生労働省の女性主管局長（厚生労働省の内部部局として置かれる局で女性労働者の特性に係る労働問題に関する事務を所掌するものの局長をいう。以下同じ。）は、厚生労働大臣の指揮監督を受けて、この法律中女性に特殊の規定の制定、改廃及び解釈に関する次項をつかさどり、その施行に関する事項については、労働基準主管局長及びその下級の官庁の長に勧告を行うとともに、労働基準主管局長が、その下級の官庁に対して行う指揮監督について援助を与える。

女性主管局長は、自ら又はその指定する所属官吏をして、女性に関し労働基準主管局若しくはその下級の官庁又はその所属官吏の行った監督その他に関する文書を閲覧し、又は閲覧せしめることができる。

第101条及び第105条の規定は、女性主管局長又はその指定する所属官吏が、この法律中女性に特殊の規定の施行に関して行う調査の場合に、これを準用する。

**第101条** 労働基準監督官は、事業場、寄宿舍その他の附属建設物に臨検し、帳簿及び書類の提出を求め、又は使用者若しくは労働者に対して尋問



を行うことができる。

前項の場合において、労働基準監督官は、その身分を証明する証票を携帯しなければならない。

**第120条** 次の各号の1に該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

(第1号から第3号まで 略)

**4** 第101条（第100条第3項において準用する場合を含む。）の規定による労働基準監督官又は女性主管局長若しくはその指定する所属官吏の臨検を拒み、妨げ、若しくは忌避し、その尋問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をし、帳簿書類の提出をせず、又は虚偽の記載をした帳簿書類の提出をした者

女性労働基準規則（抄）

**第4条** 法第100条第3項に規定する女性主管局長及びその指定する所属の職員を雇用環境・均等局調査員という。

**2** 雇用環境・均等局調査員の携帯すべき証票は、別記様式による。

(社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部改正)

第五十八条 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和六十二年厚生省令第四十九号)の一部を次のように改正する。

様式第一を次のように改める。



収入印紙  
(消印しないこと。)

社会福祉士試験受験申込書

フリガナ 氏名		(姓)		(名)		※ 整理番号					
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
郵便番号		本籍地 (外国籍の場合は、その国籍)		都道府県		本籍地コード					
フリガナ 現住所		都道府県									
電話番号											
受験希望地		都道府県									
受験資格 (裏面を参照のこと。)	<input type="checkbox"/> 大学等名	大学等名	卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月			
	<input type="checkbox"/> 短大等 (3年制) + 実務経験 (1年以上)	短大等名	卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月			
		勤務先名 (実務経験)	職種	従業期間		年 月 ~ 年 月					
				従業期間		年 月 ~ 年 月					
	<input type="checkbox"/> 短大等 (2年制) + 実務経験 (2年以上)	短大等名	卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月			
		勤務先名 (実務経験)	職種	従業期間		年 月 ~ 年 月					
従業期間				年 月 ~ 年 月							
<input type="checkbox"/> 養成施設	養成施設名	卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月				
<input type="checkbox"/> 実務経験 (5年以上)	勤務先名 (実務経験)	職種	従業期間		年 月 ~ 年 月						
			従業期間		年 月 ~ 年 月						
			従業期間		年 月 ~ 年 月						
<input type="checkbox"/> 受験資格に係る証明書に代わる受験票の提出		提出する受験票の試験実施回数		第	回	提出する受験票の受験番号					
<input type="checkbox"/> 科目等履修(実習科目)		大学等名	履修年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月			
精神保健福祉士であって試験科目免除申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		精神保健福祉士登録番号							
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

上記により、社会福祉士試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名

印

## (裏面)

## 連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名称	所 属	
		電 話 番 号	
その他 (帰省先等の 連絡先)	名称 又は 氏 名	受験者との関係	
		電 話 番 号	

## 受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格		添 付 書 類
大学等	指 定 科	大学等の卒業者又は学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者 (法第7条第1号又は平成19年改正法附則第3条第1号若しくは第2号)	・卒業(修了)証明書若しくは卒業(修了)見込証明書又は学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者であることを証明する書面 ・指定科目履修証明書又は指定科目履修見込証明書
短大等(3年制) + 実務経験(1年以上)	目 履	短期大学等(3年制)の卒業等で1年以上の実務経験を有するもの (法第7条第4号又は平成19年改正法附則第3条第1号若しくは第4号)	・卒業証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
短大等(2年制) + 実務経験(2年以上)	修 者	短期大学等(2年制)の卒業等で2年以上の実務経験を有するもの (法第7条第7号又は平成19年改正法附則第3条第1号若しくは第6号)	・卒業証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
養成施設		養成施設(短期又は一般)の卒業者 (法第7条第2号、第3号、第5号、第6号、第8号、第9号、第10号、第11号若しくは第12号又は平成19年改正法附則第3条第1号、第3号、第5号若しくは第7号)	・卒業(修了)証明書又は卒業(修了)見込証明書
実務経験(5年以上)		5年以上の実務経験者 (平成19年改正法附則第3条第2項)	・実務経験証明書又は実務経験見込証明書

- 備考
- 1 該当する□は、☑と記入すること。
  - 2 整理番号欄には、記入しないこと。
  - 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 4 この受験申込書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
  - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 6 学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、同項の規定による大学院への入学年月を記載すること。
  - 7 第10回以降の社会福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出により当該受験票の交付を受けた者であつて、実務経験証明書、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出していないものを除く。)については、当該受験票の提出をもつて実務経験証明書、卒業証明書又は指定科目履修証明書の提出に代えることができる。
  - 8 実務経験証明書にあつては、勤務先の長が、卒業証明書及び指定科目履修証明書にあつては、学校等の長が発行したものであること。
  - 9 実務経験見込証明書の提出をもつて申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
  - 10 卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出をもつて申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出すること。
  - 11 精神保健福祉士であつて試験科目の免除を申請する者は、精神保健福祉士登録証の写しを提出すること。
  - 12 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第二を次のように改める。



様式第二（第10条関係）

社会福祉士登録申請書													
フリガナ	氏名					性別		□男 □女					
	(姓)				(名)								
生年月日	□明治 □大正		年	月	日	本籍地	都道府県	本籍地コード					
	□昭和 □平成 □令和					<small>(外国籍の場合は、その国籍)</small>							
フリガナ	現住所												
	都道府県												
郵便番号			電話番号										
社会福祉士試験に合格した年月			□平成	年	月	試験合格証書番号							
	□令和												
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）の規定その他社会福祉に関する法律の規定であつて社会福祉士及び介護福祉士法施行令第1条に規定するものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者												
<p>私は、社会福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第10条の規定により申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 指定試験機関代表者 殿</p> <p style="text-align: right;">氏名 ,</p>													
収入印紙 (消印しないこと。)													
又は領収証書をはること。													

- 備考
- 1 該当する□は、☑と記入すること。
  - 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。
  - 3 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付すること。
  - 4 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
  - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 6 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第三及び第四中「~~㊦~~」を「~~㊧~~」に改める。

様式第五を次のように改める。



収 入 印 紙  
(消印しないこと。)

介護福祉士試験受験申込書

フリガナ 氏 名		(姓)		(名)		※ 整理番号					
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
郵便番号		本 籍 地 (外国籍の場合は、その国籍)		都道 府県		本籍地コード					
フリガナ 現 住 所		都道 府県									
電話番号											
受 験 希 望 地		都道 府県									
受 験 資 格 (裏面を参照のこと。)	<input type="checkbox"/> 実務経験 + 実務者研修		勤務先名		職種		期 間		年 月 ~ 年 月		
			研修機関名						年 月 ~ 年 月		
	<input type="checkbox"/> EPA介護福祉士候補者 + 実務経験		勤務先名		職種				年 月 ~ 年 月		
	<input type="checkbox"/> 実務経験 + 介護職員 基礎研修課程 + 喀痰吸引等研修		勤務先名		職種				修了年月		年 月
			研修機関名						修了年月(見込み)		年 月
			研修機関名								年 月
	<input type="checkbox"/> 高等学校等		学校名 [及び 専攻科]		卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月
<input type="checkbox"/> 特例高等 学校等 + 実務経験 (9月以上)		学校名 [及び 専攻科]		卒業年月		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	
		勤務先名 (実務経験)		職種		期 間		年 月 ~ 年 月			
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 養成施設等		学校名		卒業年月(見込み)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	
<input type="checkbox"/> 受験資格に係る証明書 に代わる受験票の提出		提出する受験票の 試験実施回		第	回	提出する受験 票の受験番号					
<input type="checkbox"/> 実技試験免除申請		介護技術講習修了年月日 (見込み)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日			
<input type="checkbox"/> 介護技術講習修了証明書 に代わる受験票の提出		提出する受験票の 試験実施回		<input type="checkbox"/> 前回 <input type="checkbox"/> 前々回		提出する受験 票の受験番号					
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無					

上記により、介護福祉士試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名

印



(裏面)

連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名称	所 属	
		電 話 番 号	
そ の 他 (帰省先等の 連絡先)	名称 又は 氏 名	受験者との関係	
		電 話 番 号	

受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格	添 付 書 類
実務経験 + 実務者研修	3年以上の実務経験者で実務者研修を修了したもの (法第40条第2項第5号又は施行規則第21条第3号)	・実務経験証明書又は実務経験見込証明書 ・実務者研修の修了証明書又は修了見込証明書
EPA介護福祉士 候補者 + 実務経験	EPA介護福祉士候補者であって3年以上の実務経験者 (施行規則第21条第2号)	・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
実務経験 + 介護職員基礎研修課 + 喀痰吸引等研修	3年以上の実務経験者のうち、介護職員基礎研修課程を修了した者であって、喀痰吸引等研修を修了したことを証する書類の交付を受けたもの (施行規則附則第1条の2)	・実務経験証明書又は実務経験見込証明書 ・介護職員基礎研修課程を修了したことを証する書類 ・喀痰吸引等研修を修了したこと又は修了する見込みであることを証する書類
高等学校等 (専攻科含む)	高等学校若しくは中等教育学校の卒業者若しくは学校教育法第90条第2項の規定により大学への入学を認められた者又は高等学校若しくは中等教育学校の専攻科の卒業者 (法第40条第2項第4号、施行規則第21条第1号、平成19年改正法附則第5条又は平成20年改正規則附則第3条)	・卒業証明書若しくは卒業見込証明書又は学校教育法第90条第2項の規定により大学への入学を認められた者であることを証明する書面 ・教科目(科目)及び単位数の履修証明書又は教科目(科目)及び単位数の履修見込証明書
特例高等学校等 (専攻科含む) + 実務経験(9月以上)	法附則第2条第1項に規定する高等学校又は中等教育学校の卒業者で9月以上の実務経験を有するもの (法附則第2条第1項各号)	・卒業証明書 ・教科目(科目)及び単位数の履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
介護福祉士 養成施設等	・介護福祉士養成施設等(修業年限2年以上)を卒業した者 ・社会福祉士に関する科目を修めて大学を卒業した者等で介護福祉士養成施設等(修業年限1年以上)を卒業した者 ・保育士養成施設等又は社会福祉士養成施設等を卒業した後、介護福祉士養成施設等(修業年限1年以上)を卒業した者	・卒業証明書若しくは卒業見込証明書 ・教科目(科目)及び単位数の履修証明書又は教科目(科目)及び単位数の履修見込証明書

備考

- 1 該当する□は、☑と記入すること。
- 2 整理番号欄には、記入しないこと。
- 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
- 4 この受験申込書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 6 学校教育法第90条第2項の規定により大学への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、同項の規定による大学への入学年月を記載すること。
- 7 第10回以降の介護福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書又は履修見込証明書の提出により当該受験票の交付を受けた者であって、実務経験証明書、卒業証明書又は履修証明書を提出していないものを除く。)については、当該受験票の提出をもって実務経験証明書、卒業証明書又は履修証明書の提出に代えることができる。
- 8 実務経験証明書にあつては、勤務先の長が、卒業証明書及び履修証明書にあつては、学校等の長が発行したものであること。
- 9 実務経験見込証明書の提出をもって申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
- 10 実務者研修の修了見込証明書の提出をもって申し込む者は、当該実務者研修修了後、遅滞なく、実務者研修の修了証明書を提出すること。
- 11 喀痰吸引等研修を修了する見込みであることを証する書類の提出をもって申し込む者は、当該喀痰吸引等研修修了後、遅滞なく、喀痰吸引等研修を修了したことを証する書類を提出すること。
- 12 卒業見込証明書又は履修見込証明書の提出をもって申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は履修証明書を提出すること。
- 13 実技試験免除申請を行う者は、介護技術講習の実施者が発行する介護技術講習修了証明書を添付すること。
- 14 介護技術講習修了見込みで実技試験免除申請を行う者は、介護技術講習の実施者が発行する介護技術講習受講決定通知書を添付すること。また、介護技術講習修了後、遅滞なく、介護技術講習修了証明書を提出すること。
- 15 前回又は前々回の介護福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者であつて、介護技術講習修了証明書を提出したものである場合は、当該受験票の提出をもって介護技術講習修了証明書の提出に代えることができる。
- 16 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第六を次のように改める。



様式第六（第26条関係）

介 護 福 祉 士 登 録 申 請 書															
フリカゝナ 氏 名	(姓)	(名)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	本 籍 地 <small>(外国籍の場合は、その国籍)</small>	都道府県	本籍地 コード								
フリカゝナ 現 住 所	都道 府県														
郵便番号	〒	:	:	:	電 話 番 号	:	:	:	:	:	:				
試験に合格した年月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	試 験 合 格 証 書 番 号	:	:	:	:	:	:				
<p>(実地研修を修了した喀痰吸引等行為)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養</p> <p>(受験資格)</p> <p><input type="checkbox"/> 実務経験＋実務者研修</p> <p><input type="checkbox"/> 高等学校等</p> <p><input type="checkbox"/> 特例高等学校等＋実務経験（9月以上）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護福祉士養成施設等</p> <p>(欠格事由)</p> <p><input type="checkbox"/> 成年被後见人又は被保佐人</p> <p><input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過しない者</p> <p><input type="checkbox"/> 社会福祉士及び介護福祉士法（以下「法」という。）の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて社会福祉士及び介護福祉士法施行令第1条に規定するものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過しない者</p> <p><input type="checkbox"/> 法第42条第2項において準用する法第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消の日から起算して2年を経過しない者</p>															
<p>私は、介護福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第26条において準用する第10条の規定により申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生労働大臣 指定試験機関代表者 殿</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; padding: 5px;">                 収 入 印 紙 (消印しないこと。)             </td> <td style="width:80%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">又は領収証書をはること。</td> </tr> </table>												収 入 印 紙 (消印しないこと。)		又は領収証書をはること。	
収 入 印 紙 (消印しないこと。)															
又は領収証書をはること。															

- 備考
- 1 該当する□は、☑と記入すること。
  - 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。
  - 3 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付すること。
  - 4 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないよう完全に消すこと。
  - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 6 用紙の大きさは、A4とすること。

(臨床工学技士法施行規則の一部改正)

第五十九条 臨床工学技士法施行規則(昭和六十三年厚生省令第十九号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第三号までを次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第一号(第一条の三関係)

## 臨床工学技士免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回臨床工学技士国家試験合格	受験地	受験地コード		
						受験番号		

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 臨床工学技士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、臨床工学技士免許を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	訂正書換え 年 月 日		

様式第二号 (第三条・第六条関係)

### 臨床工学技士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第										号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
コード番号						
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無	
通称名						
生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦		年	日	
			月		日	
性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
変更の事由						

上記により、臨床工学技士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住 所	〒 都 道 府 県	
氏 名		電 話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印



様式第五号及び様式第六号を次のように改める。





厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付 年月日		

## 臨床工学技士免許証再交付申請書

登録番号	第											号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年		月		日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦											年		月		日
------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和			年			月	施行第				回臨床工学技士試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)												

上記の臨床工学技士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県											
氏名								印		電話	( )		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印

## 臨床工学技士国家試験受験願書

収入印紙  
(消印しないこと。)

ふりがな	.....			性別	男	受験番号	※
氏名	.....				女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	都道府県	受験希望地		
現住所	都道府県			市郡区			
	.....			.....			
	(郵便番号 — )			電話番号 ( )			
養成施設名							
最終学歴	学部 (学科)			年卒業 (見込)			
受験資格  (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目			添付書類			
	養成施設卒業者 (一般・短期)	法第14条第1号 (3年課程)		・ 養成施設修業 (卒業) 証明書			
		法第14条第2号 (1年課程)					
		法第14条第3号 (2年課程)					
		法附則第2条					
	指定科目履修者	法第14条第4号		・ 大学の卒業証明書 ・ 指定科目履修証明書			
外国の養成施設 卒業者	法第14条第5号		・ 厚生労働大臣による受験資格の認定を証 する書類				
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、臨床工学技士国家試験を受験したいので申し込めます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名 ⑧

- 備考 1 ※印欄には、記載しないこと。
- 2 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
- 3 修業 (卒業) 証明書・指定科目の履修証明書・実務経験を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長 (所属長等) の発行に係るものであること。
- 4 法附則第2条に該当する者のうち、昭和63年4月1日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあつては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業 (卒業) 証明書のみでよいこと。
- 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 6 用紙の大きさは、A4とすること。

(義肢装具士法施行規則の一部改正)

第六十条 義肢装具士法施行規則(昭和六十三年厚生省令第二十号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第三号までを次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

## 義肢装具士免許申請書

平成令和	年	月	施行第	回	義肢装具士国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 義肢装具士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、義肢装具士免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印
-----------

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	訂正書換え 年 月 日		

様式第二号(第三条・第六条関係)

### 義肢装具士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第													号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年		月		日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後 ( 第 1 回 )				変 更 後 ( 第 2 回 )					
コード番号														
本籍 (国籍)	都 道 府 県				都 道 府 県				都 道 府 県					
ふりがな	(氏)		(名)		(氏)		(名)		(氏)		(名)			
氏名														
	(旧姓)				(旧姓)				(旧姓)					
旧姓併記の希望					有 ・ 無				有 ・ 無					
通称名														
生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦		年	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦		年		月	日		月	日
				月				月						
性別	男 ・ 女				男 ・ 女									
変更の事由														

上記により、義肢装具士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住 所	〒 都 道 府 県		
氏 名			電 話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印

消 除 年 月 日	
-----------	--

## 義肢装具士名簿登録消除申請書

様式第三号 (第四条関係)

登 録 番 号	第										号	登 録 年 月 日	昭 和 平 令	和 成 和			年			月			日
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------	---------	-------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本 国 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
---------------	---------

ふ り が な	(氏)	(名)
登 録 者 の 氏 名		

登 録 者 の 日	大 昭 正 和 平 成 西 令 令 曆									年			月			日
-----------	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

消 除 理 由 の 日	昭 和 平 令	和 成 和								年			月			日
-------------	---------	-------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他
---------	-------------------

上記により義肢装具士名簿の登録を消除されたく  
免許証及び関係書類を添えて申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住 所	〒 都 道 府 県		
氏 名		続柄	
電 話	( )		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印

様式第五号及び様式第六号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付年月日		

## 義肢装具士免許証再交付申請書

登録番号	第												号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年		月		日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 曆													年		月		日
------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和													年		月		施行第				回義肢装具士試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)																						

上記の義肢装具士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県																				
氏名		印		電話	( )																	

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	



収入印紙  
(消印しないこと。)

## 義肢装具士国家試験受験願書

ふりがな 氏名	.....			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	都道府県	受験希望地		
現住所	都道府県			市郡区			
	.....			.....			
養成施設名		.....					
最終学歴	学部(学科)			年卒業(見込)			
受験資格  (該当項目に○印をつけること。)	資格該当項目			添付書類			
	養成施設卒業 (一般・短期)	法第14条第1号 (3年課程)		・ 養成施設修業(卒業)証明書			
		法第14条第2号 (2年課程)					
		法第14条第3号 (1年課程)					
		法附則第2条		・ 養成施設修業(卒業)証明書 ・ 昭和63年4月1日現在、養成施設において修業中であつたことを証する書類			
外国の養成施設 卒業生	法第14条第4号		・ 厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類				
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、義肢装具士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

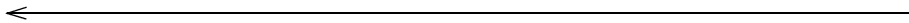
氏名 ④

- 備考 1 ※印欄には、記入しないこと。  
2 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。  
3 修業(卒業)証明書・実務経験を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長(所属長等)の発行に係るものであること。  
4 法附則第2条に該当する者のうち、昭和63年4月1日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあつては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業(卒業)証明書のみでよいこと。  
5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。  
6 用紙の大きさは、A4とすること。

(港湾労働法施行規則の一部改正)

第六十一条 港湾労働法施行規則(昭和六十三年労働省令第三十五号)の一部を次のように改正する。

様式第三号を次のように改める。



様式第3号(第6条関係)

港湾労働者証再交付等申請書			
			※事業所番号
港湾労働者	氏名		男・女 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生
	住所		
事業所	名称		
	所在地		
港湾労働者証		番号	
		交付年月日	年 月 日
再交付等を申請する理由			
<p>上記により港湾労働者証の再交付の写真を取り換えます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 事業主 氏名 印</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>〔事業主が法人である場合はその主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入すること。氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記入すること。〕</p> </div> <p style="text-align: center;">公共職業安定所長 殿</p>			
再交付年月日		番号	備考
※		※	※

※印欄は記入しないこと。

(歯科衛生士法施行規則の一部改正)

第六十二条 歯科衛生士法施行規則(平成元年厚生省令第四十六号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第四号までを次のように改める。



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)		
----------------------------	--	--

## 歯科衛生士免許申請書

受験地コード	
--------	--

平成 令和	年	月	施行第	回	歯科衛生士国家試験合格	受験地		受験番号		
----------	---	---	-----	---	-------------	-----	--	------	--	--

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罰、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 歯科衛生士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により歯科衛生士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県

電話番号	( )
住所	〒 都道府県

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦				年		月		日
------	----------------	--	--	--	---	--	---	--	---

受付印
-----

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

受付印
-----

記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)		
----------------------------	--	--

## 歯科衛生士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

登録番号	第				号	登録年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
------	---	--	--	--	---	-------	----------------	--	---	--	---	--	---

登録都道府県名		都道 府県	※コード番号		
---------	--	----------	--------	--	--

### 変更を生じた事項

	変更前		変更後(第1回)		変更後(第2回)	
※コード番号						
本籍 (国籍)	都道 府県		都道 府県		都道 府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有・無		有・無	
通称名						
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日		

変更の理由	※	※							
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

上記により歯科衛生士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。 年 月 日

電話番号	( )
住所	〒 都道 府県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。



記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

## 歯科衛生士免許証（免許証明書）再交付申請書

登録番号	第					号	登録年月日	昭和	平成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	---	-------	----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名		都道府県	※コード番号		
---------	--	------	--------	--	--

※コード番号			
--------	--	--	--

本籍 (国籍)		都道府県
------------	--	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和	平成				年			月			日
------	----	----	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※					
---	--	--	--	--	--

免許取得 資格	昭和	平成				年			月			施行第			回	都道府県	歯科衛生士試験合格
------------	----	----	--	--	--	---	--	--	---	--	--	-----	--	--	---	------	-----------

上記の歯科衛生士免許証（免許証明書）を（破った・汚した・失った）ので関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
------	-----

住所	〒	都道府県
----	---	------

氏名		印	
----	--	---	--

受付印
-----

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。



様式第六号を次のように改める。



収入印紙  
(消印しないこと。)

歯科衛生士国家試験受験願書

ふりがな 氏名	-----			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	(都道府県)		受験希望地	
現住所	都道府県			市郡区			
	-----			-----			
	(郵便番号 ー )			電話番号 ( )			
養成施設名							
最終学歴	年卒業（見込）						
受験資格 (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目			添付書類			
	法第12条	第1号該当		・ 卒業証明書			
		第2号該当					
		第3号該当		・ 厚生労働大臣の認可を受けたことを証する書類			
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、歯科衛生士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名 ⑩

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 卒業証明書については、学校・養成所の長の発行に係るものであること。
  - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

(あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則の一部改正)

第六十三条 あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則(平成二年厚生省令第十

九号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第五号までを次のように改める。





記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい。)	
----------------------------	--

## あん摩マッサージ指圧師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	あん摩マッサージ 指圧師 国家試験合格	受験地		受験番号				
----------	---	---	-----	---	---------------------------	-----	--	------	--	--	--	--

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。  
(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) ……………有・無
- あん摩、マッサージ若しくは指圧の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。  
(有の場合、違反の事実及び年月日) ……………有・無
- 旧姓併記の希望の有無。……………有・無
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無

上記により、あん摩マッサージ指圧師免許を申請します。

本籍コード					年	月	日
本籍 (国籍)					都道府県		

電話	( )
住所	〒 - 都道府県 市郡

フリガナ			印	性別	男
氏名	(氏)	(名)			女
	(旧姓)				
通称名					

生年月日	昭 平 令 西	和 成 和 暦		年	月	日
------	------------------	------------------	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい。)
----------------------------

## はり師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	はり師 国家試験合格	受験地		受験番号					
----------	---	---	-----	---	---------------	-----	--	------	--	--	--	--	--

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。

(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) ……有・無

2. はりの業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。

(有の場合、違反の事実及び年月日) ……有・無

3. 旧姓併記の希望の有無。 ……有・無

4. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

上記により、はり師免許を申請します。

本籍コード					年	月	日
本籍 (国籍)					都道府県		

電話	( )
住所	〒 - 都道府県 市郡

フリガナ			印	性別	男
氏名	(氏)	(名)			女
	(旧姓)				
通称名					

生年月日	昭 平 西	和 成 曆		年	月	日
------	-------------	-------------	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい。)
----------------------------

## きゅう師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	きゅう師 国家試験合格	受験地		受験番号					
----------	---	---	-----	---	----------------	-----	--	------	--	--	--	--	--

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。  
(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) ……有・無
- きゅうの業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。  
(有の場合、違反の事実及び年月日) ……有・無
- 旧姓併記の希望の有無。 ……有・無
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無

上記により、きゅう師免許を申請します。

本籍コード					年	月	日
本籍 (国籍)							都道府県

電話	( )
住所	〒 - 都道府県 市郡

フリガナ			印	性別	男
氏名	(氏)	(名)			女
	(旧姓)				
通称名					

生年月日	昭和 平成 西	和成 和暦		年	月	日
------	---------------	----------	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者







記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

師免許証(免許証明書)再交付申請書

登録番号	第					号	登録年月日	昭	和					年	月	日
								平	成							

◎都道府県知事免許のみ記入

登録都道府県名		都道府県	登録都道府県コード	
---------	--	------	-----------	--

本籍コード		
-------	--	--

本籍(国籍)		都道府県
--------	--	------

フリガナ		
氏名	(氏)	(名)
(旧姓)	(氏)	(名)
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大昭和正 昭平成 平令和 令西暦				年	月	日
------	---------------------------	--	--	--	---	---	---

※		
---	--	--

免許取得資格	昭平成 平令和 令和			年	月	施行第		回		師試験合格
--------	------------------	--	--	---	---	-----	--	---	--	-------

上記の                      師免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)ので、関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。

年 月 日

電話	(                      )	
住所	〒                      都道府県 市郡	
氏名		印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

あん摩マッサージ指圧師（はり師、  
きゅう師）国家試験受験願書

収入印紙  
(消印しないこと。)

ふりがな 氏名	-----			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	都道府県		受験希望地	
電話	( )						
現住所	都道府県	市郡	区	町村	番	地 号	
養成施設名							
最終学歴	年卒業（見込）						
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、あん摩マッサージ指圧師（はり師、きゅう師）国家試験を受験したいので申し込みます。

年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名

㊞

- 備考 1. ※印欄には、記入しないこと。  
 2. 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3. 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。  
 4. 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。  
 5. 修業証明書又は卒業証明書については、学校・養成施設の長の発行に係るものであること。  
 6. 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。  
 7. 用紙の大きさは、A4とすること。

(柔道整復師法施行規則の一部改正)

第六十四条 柔道整復師法施行規則(平成二年厚生省令第二十号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第五号までを次のように改める。



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄		
(収入印紙は消印しないで下さい)		

## 柔道整復師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	柔道整復師国家試験合格	受験地 コード		受験番号						
						受験地								

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の事実の確定年月日)  
有・無
- 柔道整復の業務に関し犯罪又は不正行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無

上記により、柔道整復師免許を申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県
電話番号	( )
住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区郡

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦						年			月			日
------	----------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

受付印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄	
(収入印紙は消印しないで下さい)	

柔道整復師名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第					号	登録年月日	昭和 平成 令和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	---	-------	----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名		都道府県	財 団
---------	--	------	-----

変更を生じた事項

	変 更 前		変更後（第1回）		変更後（第2回）						
本籍地コード											
本 籍 (国 籍)	都道 府県		都道 府県		都道 府県						
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)					
氏 名											
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)						
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無						
通 称 名											
生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦		年		昭和 平成 令和 西暦		年		月		日

変更の理由		※		※					
-------	--	---	--	---	--	--	--	--	--

上記により、柔道整復師名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
住 所	〒 都道府県 市区 郡
氏 名	印 生年月日 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日

受 付 印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

※印の欄には記載しないこと

## 柔道整復師名簿登録消除申請書

記入不要	消除年月日	
------	-------	--

登録番号	第					号	登録年月日	昭和 平成 令和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	---	-------	----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名		都道府県	財団
---------	--	------	----

※コード番号			
--------	--	--	--

本籍 (国籍)		都道府県
------------	--	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦									年			月			日
------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

消除理由の 生じた年月日										年			月			日
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※コード番号		
--------	--	--

消除理由	死亡・失踪・その他
------	-----------

上記により、柔道整復師名簿の登録を消除されたく免許証(免許  
証明書)及び関係書類を添えて申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

電話番号	( )
住所	〒 都道府県 市区郡
氏名	

受付印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

※印の欄には記載しないこと

記入不要	登録番号	
	再交付日 年 月 日	

### 柔道整復師免許証再交付申請書

登録番号	第					号	登録年月日	昭和 平成 令和							年					月					日
------	---	--	--	--	--	---	-------	----------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

登録都道府県名		都道府県	財 団
---------	--	------	-----

本籍地コード		
--------	--	--

本 籍 (国 籍)		都道 府県
--------------	--	----------

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦									年					月					日
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

※							
---	--	--	--	--	--	--	--

免 許 取 得 格 資	昭和 平成 令和							年				月			施行第			回	都道 府県	柔道整復師試験合格
-------------	----------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	-----	--	--	---	----------	-----------

上記の柔道整復師免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)ので  
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

電話番号	( )
住 所	〒 都道府県 市区郡
氏 名	印

※ 財 団 受 付 印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

※印の欄には記載しないこと

## 柔道整復師国家試験受験願書

収入印紙  
(消印しないこと。)

ふりがな 氏名	-----			性別	男	受験番号	※
					女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本籍 (国籍)	(都道府県)	受験希望地		
電話	( )						
現住所	都道府県	市郡	区	町村	番	号	地
養成施設名							
最終学歴	年卒業（見込）						
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、柔道整復師国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名 ⑧

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 修業証明書又は卒業証明書については、学校・養成施設の長の発行に係るものであること。
  - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。



(食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律施行規則の一部改正)

第六十五条 食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律施行規則(平成二年厚生省令第四十号)の一部を次のように改正する。

様式第十一号を次のように改める。





(救急救命士法施行規則の一部改正)

第六十六条 救急救命士法施行規則(平成三年厚生省令第四十四号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第五号までを次のように改める。



※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
-------------------------------

## 救 急 救 命 士 免 許 申 請 書

平成 令和	年	月	施行	第	回	救急救命士国家試験合格	受験地	都	道	受	験	番	号						
----------	---	---	----	---	---	-------------	-----	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

1～3の有無について**必ず**該当するどちらかを○で囲むこと。

1 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2 救急救命士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、救急救命士免許を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本籍地コード		
本籍 (国籍)		都道 府県

電話番号	( )
住所	〒 - 都道 府県

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏名					女
申請手続1(2)②参照	(旧姓)				
通称名 申請手続2(5)参照					

生年月日	昭和 平成 令和 西暦					年			月			日
------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考	<p>1 ※印欄は記入しないこと。</p> <p>2 該当する不動文字を○で囲むこと。</p> <p>3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。</p> <p>4 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙を貼ること。</p> <p>5 申請する場合には、所定の手数料を納付すること。</p> <p>6 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。</p> <p>7 用紙の大きさは、A4とすること。</p>
----	--

\* 申請手数料の振替払込受付証明書(お客さま用)は裏面中央部に貼ること。

※ 受付印

※ 登録番号	
※ 訂正・書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

## 救急救命士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

登録番号	第							号	登録年月日	平成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

### 変更を生じた事項

	変更前		変更後(第1回)		変更後(第2回)					
本籍地コード										
本籍 (国籍)	都道府県		都道府県		都道府県					
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)				
氏名										
旧姓併記の希望 申請手続2(3)参照	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)					
	有・無		有・無		有・無					
通称名 申請手続2(5)参照										
生年月日	昭和 平成 西暦			年	日	昭和 平成 西暦			年	日
性別	男・女		男・女		男・女					
変更の理由										

上記により、救急救命士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

電話番号	( )													
住所	〒 - 都道府県													
氏名	生年月日	昭和 平成 西暦						年			月			日

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考	1 ※印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を○で囲むこと。 3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙を貼ること。 5 申請する場合には、所定の手数料を納付すること。 6 用紙の大きさは、A4とすること。
----	--

※ 受付印

\* 申請手数料の振替払込受付証明書(お客さま用)は裏面中央部に貼ること。

※ 消除年月日	
---------	--

## 救急救命士名簿登録消除申請書

登録番号	第							号	登録年月日	平成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※ コード番号			
本籍 (国籍)	都道府県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	昭和 平成 西暦					年			月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

消除理由の 生じた年月日	平成			年			月			日
-----------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※ コード番号		
消除理由	死亡・失踪・その他( )	

上記により、救急救命士名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

住所	〒 ー 都道府県		
氏名		印	続柄
電話番号	( )		

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※ 受付印

備考	1 ※印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を○で囲むこと。 3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 用紙の大きさは、A4とすること。
----	--

※ 登録番号	
※ 再交付年月日	

## 救急救命士免許証再交付申請書

登録番号	第							号	登録年月日	平成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本籍地コード		
本籍 (国 籍)		都道 府 県

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
旧姓 申請の手続2(3)参照	(旧姓)	
通称名 申請の手続2(5)参照		

性別	男
	女

生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦					年			月			日
---------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

免許取得 資格	平成 令和			年		月	施行	第		回	救急救命士国家試験合格
------------	----------	--	--	---	--	---	----	---	--	---	-------------

上記の救急救命士免許証を（破った・汚した・失った）ので  
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

電話番号	( )
住所	〒 - 都道 府 県
氏 名	印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考	1 ※印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を○で囲むこと。 3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 申請する場合には、所定の手数料を納付すること。 5 用紙の大きさは、A4とすること。
----	---

※受付印
------

## 救命救急士国家試験受験願書

収入印紙  
(消印しないこと。)

ふりがな 氏名	-----			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本 籍 (国籍)	(都道府県)	受験希望地		
現住所	都道府県			市郡区			
	-----			-----			
	(郵便番号 ー )			電話番号 ( )			
養成施設名							
最終学歴							
受 験 資 格  (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目			添付書類			
	法第34条	第1号該当		・修業証明書又は卒業証明書			
		第2号該当					
		第3号該当		・卒業証明書 ・指定科目履修証明書			
		第4号該当					
第5号該当		・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類 ・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類					
法附則第2条該当							
連絡先	電話番号			( )		(内線)	

上記により、救命救急士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名 印

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 修業証明書又は卒業証明書・指定科目履修証明書・第14条で定める講習の課程を修了し、第15条で定める期間以上救急業務に従事した者である旨を証する書類は、それぞれ学校、養成所、勤務先（所属長等）の発行に係るものであること。
  - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。



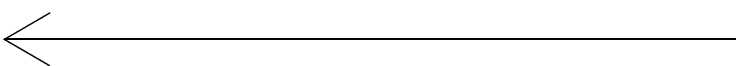
(福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則の一部改正)

第六十七条 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則(平成五年厚生省令第四十三号)の

一部を次のように改正する。

別記様式第一及び別記様式第二中「~~平成~~」を「~~平成~~」に改める。

別記様式第三(表面)中「平成」を「令和」に改める。



(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律施行規則の一部改正)

第六十八条 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律施行規則（平成六年厚生省令第六十三号）の一部を次のように改正する。

様式第一号及び第二号中「長母」を「令母」に改める。

様式第三号を次のように改正する。



様式第三号（第18条の7の2関係）

配偶者支援金支給申請書

		※実施機関等受付年月日
1	配偶者支援金を受けようとする方の住所氏名	
2	亡くなった特定中国残留邦人等の氏名	
	※（支援給付受給者番号）	
3	特定中国残留邦人等の亡くなった日	令和 年 月 日
4	配偶者支援金を受けようとする方と亡くなった特定中国残留邦人等が、永住帰国前から死亡の日まで継続した婚姻関係にあった事実の有無	有 ・ 無

上記のとおり相違ないので、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第15条第1項又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第106号）附則第3条第1項による配偶者支援金を申請します。

（申請日）

令和 年 月 日

申請者住所

申請者氏名



支援給付及び配偶者支援金の実施機関の長 殿

（申請上の注意）

- ※印欄は記入しないでください。
- 上記4欄の事実を証明する書類を添付してください。添付する書類の種類がわからない場合は、実施機関に御相談ください。なお、添付書類を省略することができる場合があります。
- この申請書は原則として、配偶者支援金を受けようとする方が申請してください。配偶者支援金を受けようとする方と申請者が異なる場合は、両者の関係を証する書類及び配偶者支援金を受けようとする方が申請できない理由を記した書類を合わせて添付してください。  
両者の関係及び申請できない理由によっては、実施機関において申請書を受理できないことがあります。
- 日本名と中国名（又はロシア名）両方お持ちの方は併記してください。
- この申請書を提出した後で、実施機関から改めて審査のため必要な書類の提出を求めることがあります。

様式第四号中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。



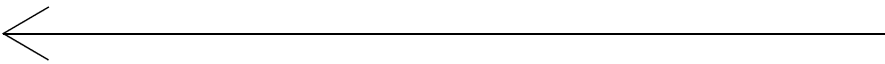
(原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則の一部改正)

第六十九条 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則(平成七年厚生省令第三十三号)の一部を

次のように改正する。

様式第一号中「~~ナ~~」を「~~ナ~~」に改める。

様式第二号(1ページ)を次のように改める。



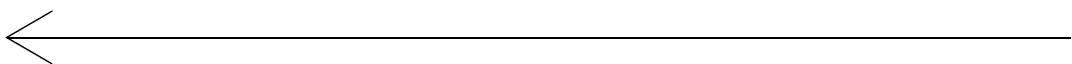
公費負担者番号						
公費負担医療の 受給者番号						

都道府県知事(市長)印

都道府県(市)

ふりがな 氏名	-----	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生
被爆時の 年齢	満 歳					
居住地 (現在地)	都道 府県	区市 郡	町 村	番地		
交付 年月日	令和	年	月	日		

様式第四号（一）及び様式第四号の二から様式第六号まで中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。  
様式第七号を次のように改める。



様式第七号(第二十二条関係)

医療費支給申請書						
氏名		性別		生年月日		
居住地	郵便番号	電話番号 ( )				
負傷又は疾病の名称		医療に要した 費用	円			
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	令和 年 月 日	公費負担者番号				
		公費負担医療の 受給者番号				
当該負傷又は疾病に ついての法第11条の 認定の有無、認定年 月日及び認定番号	有・無  令和 年 月 日	公費負担者番号				
		公費負担医療の 受給者番号				
医療の給付を受ける ことができなかった 理由						
医療を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 〔入院 日〕 〔入院外 日〕					
医療を受けた機関	名称及び所在地	(指定医療機関・その他)				
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地					
移送等にあつては、その区間等						
支払希望機関	(振込・送金)					

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条の規定により、医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 ㊞

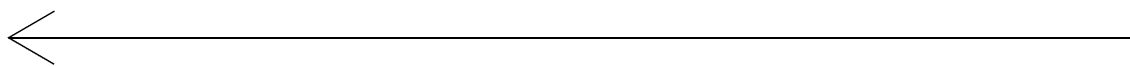
都道府県知事 殿

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

(日本工業規格A列4番)



様式第八号を次のように改める。



様式第八号(第二十六条関係)

一般疾病医療費支給申請書					
氏名		性別		生年月日	
居住地	郵便番号		電話番号 ( )		
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用	円		
併用できる医療保険等の種類	健保・国保 (一般退職者) その他( ) 本人・被扶養者	医療に要した費用のうち自己負担額分	円		
被爆者健康手帳の交付年月日及び番号	令和 年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担医療の受給者番号			
被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由					
医療を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 〔 入院 〕日 〔 入院外 〕日				
医療を受けた機関	名称及び所在地	(被爆者一般疾病医療機関・その他)			
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地				
移送等にあつては、その区間等					
支払希望機関	(振込・送金)				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 ㊞

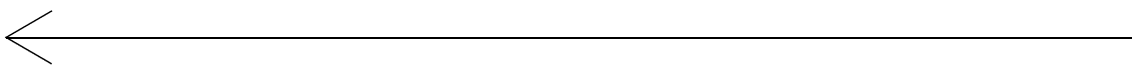
都道府県知事 殿


備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

(日本工業規格A列4番)

様式第九号及び様式第十号中「~~付録~~」を「~~今昔~~」に改める。

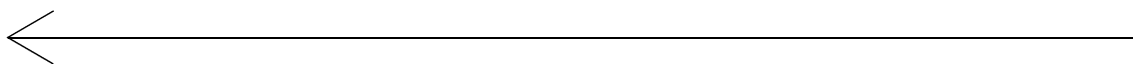
様式第十一号（表面）を次のように改める。



記号		番号	
医療特別手当証書			
受給権者氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生 男・女
居 住 地			
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24 条第2項の認定に係る負傷又は疾病の名称及びそ の認定年月日			
		令和 年 月 日	
手 当 月 額	金 円	支給開始年月	令和 年 月
検 認 欄 (健康状況届)	印 令和 年 月 日	印 令和 年 月 日	
上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、医療特別手当を 支給します。 令和 年 月 日			
			都道府県知事 (広島市長 長崎市長)
			

様式第十二号中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。

様式第十三号を次のように改める。



様式第十三号(第四十四条関係)

特別手当認定申請書

都道府県知事

殿

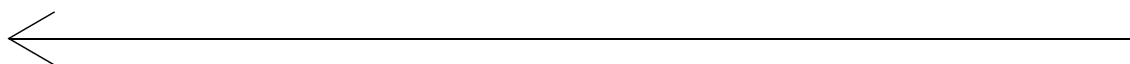
(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治	男・女
	Ⓜ	大正 年 月 日生 昭和	
居 住 地		被爆者健康 手帳の番号	
原子爆弾被 爆者に対する 援護に関する 法律第11条第 1項の認定に 係る負傷又は 疾病の名称、 認定番号及び 認定年月日	負傷又は疾病の名称	認 定 番 号	認 定 年 月 日
			令和 年 月 日
医療特別手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無
保健手当受給の有無	有・無		
備 考			

(日本工業規格A列4番)

様式第十四号（表面）を次のように改める。



(表 面)

		記号	番号
特 別 手 当 証 書			
受給権者氏名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地	-----		
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第25 条第2項の認定年月日		令和 年 月 日	
手当月額	金 円	支給開始年月	令和 年 月

上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、特別手当を支給  
します。

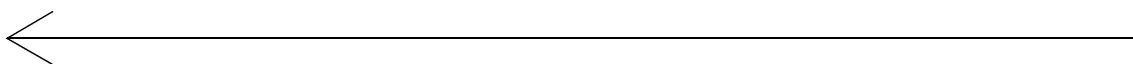
令和 年 月 日

都道府県知事  
(広島市長 長崎市長) 印



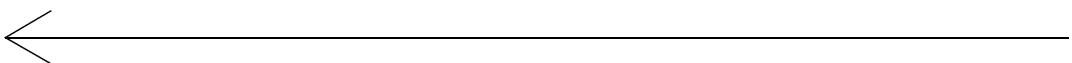
様式第十五号から様式第二十二号まで中「~~封筒~~」を「~~封筒~~」に改める。

様式第二十三号（表面）を次のように改める。



		記号	番号
保 健 手 当 証 書			
受給権者氏名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地			
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第2項の認定年月日	令和 年 月 日		
※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項ただし書の認定年月日、本人が該当する同項の号及び当該認定に係る身体上の障害の状態	令和 年 月 日		
	1 第1号該当	{ イ 身体上の障害が固定している ロ 身体上の障害が固定していない	
	2 第2号該当		
手 当 月 額	金 円	支給開始年月	令和 年 月
手 当 月 額	金 円	改 定 年 月	令和 年 月
上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、保健手当を支給します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     都道府県知事 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span>                      (広島市長 長崎市長)                 </div>			

様式第二十四号から様式第三十三号の二まで中「作成」を「発行」に改める。



(理容師法施行規則の一部改正)

第七十条 理容師法施行規則(平成十年厚生省令第四号)の一部を次のように改正する。

様式第一から様式第五までを次のように改める。



登録番号	※
登録年月日	※

収入印紙貼付欄 (消印しないこと)
----------------------

### 理容師免許申請書

理容師試験合格の年月	年 月	合格番号	
------------	-----	------	--

質問事項	理容師免許を受けないで理容の業務を行ったことは 1 ない 2 ある	}
	・行った内容と期間 内容: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 ・このことによって、罰金刑を受けたことは 1 ない 2 ある (年 月 日に処分を受けた)	
	理容師免許の取消処分を受けたことは 1 ない 2 ある	}
	・処分された理由: ・処分された年月日: 年 月 日	

本籍 (国籍)		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(合格通知後氏名に変更がある場合は、現在の氏名) (氏) (名)
氏名			
※			
生年月日	1昭和 2平成 3令和 年 月 日	性別	1 男 2 女

連絡先 電話番号	( )
住所	郵便番号
	都道府県
	※

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿  
上記により、理容師免許を申請します。  
申請日 年 月 日

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する数字を○で囲むこと。
  - この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。  
(領収証書は、裏面に貼ること。)
  - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

登録番号	※
訂正書換え 交付年月日	※

収入印紙貼付欄  
(消印しないこと)

**理容師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書**

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録第 号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事			2 平成			
	2			3 令和			

変更が生じた事項

本籍 (国籍)	変更前		変更後	
	都道府県		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名				
※				
生年月日	1 昭和	年	月	日
	2 平成			
	3 令和			
性別	1 男	2 女		
書換え交付の理由	1 氏の変更 2 本籍の変更 3 性別の変更 4 その他( )			

連絡先電話番号	( )			
住所	郵便番号			
	都道府県			
※				

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

上記により、理容師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。

申請日 年 月 日

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する数字を○で囲むこと。
  - この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。(領収証書は、裏面に貼ること。)
  - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

消除年月日 ※

理容師名簿登録消除申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	第	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事					2 平成			

理容師名簿に登録されている者	
本籍(国籍)	都道府県
ふりがな	(氏)
	(名)
氏名	
生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和
消除理由	1 死亡 2 失踪 3 その他( )
消除理由の生じた年月日	年 月 日

申請者	
氏名	登録されている者との関係
連絡先電話番号	( )
住所	郵便番号
	都道府県
※	

厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関代表者  
 上記により、理容師名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。  
 申請日 年 月 日

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する数字を○で囲むこと。
  - 3 用紙の大きさはA4とすること。

登録番号	※
再交付年月日	※

収入印紙貼付欄 (消印しないこと)
----------------------

### 理容師免許証(免許証明書)再交付申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	第	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事					2 平成			

本籍 (国籍)				都道府県
ふりがな	(氏)		(名)	
氏名				
※				
生年月日	1 昭和	年	月	日
	2 平成			
	3 令和			
性別	1 男	2 女		
再交付の理由	1 紛失	2 破損	3 汚損	4 焼失 5 その他( )

連絡先電話番号	( )			
住所	郵便番号			
	都道府県			
※				

厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関代表者  
 上記により、関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。  
 申請日 年 月 日

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する数字を○で囲むこと。
  - 3 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により、手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。



## 理容師国家試験受験願書

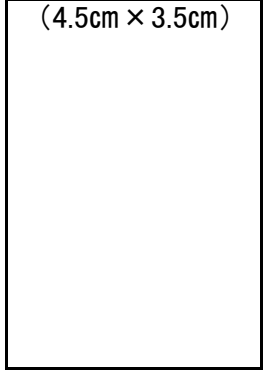
収入印紙欄  
(消印しないこと)

申込日 令和 年 月 日

厚生労働大臣  
指定試験機関代表者 殿

下記により、国家試験を受験したいので、付属書類を添えて申し込みます。

1 フリガナ											
2 氏名	姓					名					
3 性別	1 男 ・ 2 女										
4 生年月日	1 昭和				年		月		日生		
	2 平成										
	3 令和										
5 受験票等送付先	郵便番号										
	住所	都道府県					市区群				
6 連絡先電話番号	携帯	—				—					
	自宅	—				—					
	勤務先	—				—					
7 筆記試験受験地 (都道府県名)	01北海道 02青森県 .....47沖縄県 (※ 受験会場が設置される都道府県名が記載されている。)										
8 実技試験受験地 (都道府県名)	01北海道 02青森県 .....47沖縄県 (※ 受験会場が設置される都道府県名が記載されている。)										
9 卒業又は在学中 の理容師養成施設	養成施設名										
	課程	1 昼間		・ 2 夜間		・ 3 通信					
	卒業(見込)年月	1 昭和				年		月		1 卒業 2 卒業見込	
	2 平成										
	3 令和										
10 手話又は介助	1 手話通訳		2 車椅子使用				3 歩行困難				
11 前回試験結果による一部免除申請	1 筆記試験免除					2 実技試験免除					合格番号 第 号
12 美容師免許所持者の免除申請	免許登録者	1 知事				免許登録番号		第		号	
		2 厚生(労働)大臣									



- 備考1. 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により、受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
2. 該当する数字を○で囲むこと。
  3. 用紙の大きさは、A4とすること。

(美容師法施行規則の一部改正)

第七十一条 美容師法施行規則(平成十年厚生省令第七号)の一部を次のように改正する。

様式第一から様式第五までを次のように改める。



登録番号	※
登録年月日	※

収入印紙貼付欄 (消印しないこと)
----------------------

### 美容師免許申請書

美容師試験合格の年月	年 月	合格番号	
------------	-----	------	--

質問事項	美容師免許を受けないで美容の業務を行ったことは 1 ない 2 ある	}
	・行った内容と期間 内容: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 ・このことによって、罰金刑を受けたことは 1 ない 2 ある (年 月 日に処分を受けた)	
質問事項	美容師免許の取消処分を受けたことは 1 ない 2 ある	}
	・処分された理由: ・処分された年月日: 年 月 日	

本籍 (国籍)		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(合格通知後氏名に変更がある場合は、現在の氏名) (氏) (名)
氏名			
※			
生年月日	1昭和 2平成 3令和	年 月 日	性別 1男 2女

連絡先 電話番号	( )		
住所	郵便番号		
	都道府県		
※			

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿  
上記により、美容師免許を申請します。  
申請日 年 月 日

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する数字を○で囲むこと。
  - 3 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。  
(領収証書は、裏面に貼ること。)
  - 4 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

登録番号	※
訂正書換え 交付年月日	※

収入印紙貼付欄  
(消印しないこと)

### 美容師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事				2 平成			
	2				3 令和			

変更が生じた事項

本籍 (国籍)	変更前		変更後	
	都道府県		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名				
※				
生年月日	1 昭和	年	月	日
	2 平成			
	3 令和			
性別	1 男	2 女		
書換え交付の理由	1 氏の変更 2 本籍の変更 3 性別の変更 4 その他( )			

連絡先電話番号	( )
住所	郵便番号
	都道府県
※	

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

上記により、美容師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。

申請日 年 月 日

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する数字を○で囲むこと。
  - この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。  
(領収証書は、裏面にはること。)
  - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

消除年月日 ※

### 美容師名簿登録消除申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	第	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事					2 平成			

美容師名簿に登録されている者	
本籍(国籍)	都道府県
ふりがな	(氏)
	(名)
氏名	
生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和
消除理由	1 死亡 2 失踪 3 その他( )
消除理由の生じた年月日	年 月 日

申請者	
氏名	登録されている者との関係
連絡先電話番号	( )
住所	郵便番号
	都道府県
※	

厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関代表者  
 上記により、美容師名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。  
 申請日 年 月 日

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する数字を○で囲むこと。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

登録番号	※
再交付年月日	※

収入印紙貼付欄 (消印しないこと)
----------------------

### 美容師免許証(免許証明書)再交付申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	第	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事					2 平成			

本籍 (国籍)				都道府県
ふりがな	(氏)		(名)	
氏名				
※				
生年月日	1 昭和	年	月	日
	2 平成			
	3 令和			
性別	1 男	2 女		
再交付の理由	1 紛失	2 破損	3 汚損	4 焼失 5 その他( )

連絡先電話番号	( )			
住所	郵便番号			
	都道府県			
※				

厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関代表者  
 上記により、関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。  
 申請日 年 月 日

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する数字を○で囲むこと。
  - 3 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により、手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。



(精神保健福祉士法施行規則の一部改正)

第七十二条 精神保健福祉士法施行規則(平成十年厚生省令第十一号)の一部を次のように改正する。

様式第一を次のように改める。





様式第一（第7条関係）（表面）

収入印紙 (消印しないこと。)		精神保健福祉士試験受験申込書																			
フリガナ														※ 整理番号							
氏名		(姓)						(名)													
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						年		月		日		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
郵便番号		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						本籍地 (外国籍の場合は その国籍)						都道府県		本籍地コード					
フリガナ																					
現住所		都道府県																			
電話番号																					
受験希望地		都道府県																			
受験資格(裏面を参照のこと。)	<input type="checkbox"/> 大学等		大学等名						卒業年月 (見込み)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月						
	<input type="checkbox"/> 短大等 (3年制) + 実務経験 (1年以上)		短大等名						卒業等年月		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月						
			勤務先名 (実務経験)						職種		従業期間		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月						
													年 月～ 年 月		年 月～ 年 月						
	<input type="checkbox"/> 短大等 [指定科目] (2年制) + 実務経験 (2年以上)		短大等名						卒業等年月		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月						
			勤務先名 (実務経験)						職種		従業期間		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月						
												年 月～ 年 月		年 月～ 年 月							
<input type="checkbox"/> 養成施設		養成施設名						卒業年月 (見込み)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月							
<input type="checkbox"/> 受験資格に係る証明書に代わる受験票の提出		提出する 受験票の 試験実施 回数		第		回		提出する 受験票の 受験番号													
社会福祉士であって試験科目免除申請の有無										<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		社会福祉士登録番号									
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望										<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無									
上記により、精神保健福祉士試験を受験したいので申し込みます。																					
令和 年 月 日																					
厚生労働大臣 殿																					
指定試験機関代表者																					
氏名												Ⓜ									

(裏面)

連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名称	所 属	
		電 話 番 号	
そ の 他 (帰省先等の 連絡先)	名称又は 氏 名	受験者との関係	
		電 話 番 号	

受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格	提 出 書 類
大学等	指定科目 大学の卒業生又は学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者 (精神保健福祉士法(以下「法」という。)第7条第1号)	・卒業証明書若しくは卒業見込証明書又は学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者であることを証明する書面 ・指定科目履修証明書又は指定科目履修見込証明書
短大等(3年制) + 実務経験(1年以上)	目履修者 短期大学等(3年制)の卒業生で1年以上の実務経験を有するもの (法第7条第4号)	・卒業証明書又は修了証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
短大等(2年制) + 実務経験(2年以上)	短期大学等(2年制)の卒業生で2年以上の実務経験を有するもの (法第7条第7号)	・卒業証明書又は修了証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
養成施設	養成施設(短期又は一般)の卒業生 (法第7条第2号、第3号、第5号、第6号、第8号、第9号、第10号又は第11号)	・卒業証明書又は卒業見込証明書

- 備考
- 1 該当する□は、と記入すること。
  - 2 整理番号欄には、記入しないこと。
  - 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
  - 4 この受験申込書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
  - 5 学校教育法第102条第2項の規定により大学院への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、学校教育法第102条第2項の規定による大学院への入学年月を記載すること。
  - 6 過去の精神保健福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書、指定科目履修見込証明書の提出より当該受験票の交付を受けた者であって、実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書を提出していないもの及び法附則第2条(5年以上の実務経験者で、厚生労働大臣の指定する講習会を修了したもの)の規定により受験票の交付を受けたものを除く。)については、当該受験票の提出をもって実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書の提出に代えることができる。
  - 7 実務経験証明書にあっては、勤務先の長が、卒業証明書及び指定科目履修証明書にあっては、学校等の長が、発行したものであること。
  - 8 実務経験見込証明書の提出をもって申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
  - 9 卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出をもって申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出すること。
  - 10 社会福祉士であって、試験科目の免除を申請する者は、社会福祉士登録証の写しを提出すること。
  - 11 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 12 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第二を次のように改める。



様式第二 (第11条関係)

精神保健福祉士登録申請書														
フリガナ									性別	□男 □女				
氏名	(姓)				(名)									
生年月日	□明治□大正		□昭和□平成		□令和		年	月	日	本籍地 (外国籍の場合、その国籍)	都道府県	本籍地コード		
フリガナ														
現住所	都道府県													
郵便番号					電話番号									
精神保健福祉士試験に合格した年月						□平成	年	月	試験合格証書番号					
その他	□ 成年被後見人又は被保佐人													
	□ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者													
	□ 精神保健福祉士法（以下「法」という。）の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であって政令で定めるもの（精神保健福祉士法施行令第1条）により、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者													
	□ 法第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者													
<p>私は、精神保健福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、精神保健福祉士法施行規則第11条の規定により申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> <p>指定登録機関代表者</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p>														
収入印紙 (消印しないこと。)														
又は領収証書をはること。														

- 備考
- 1 該当する□は、と記入すること。
  - 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。
  - 3 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により登録手数料を納付すること。
  - 4 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないよう完全に消すこと。
  - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第三及び様式第四中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。



(言語聴覚士法施行規則の一部改正)

第七十三条 言語聴覚士法施行規則(平成十年厚生省令第七十四号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第五号までを次のように改める。



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(収入印紙は消印しないで下さい)				

## 言語聴覚士免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	言語聴覚士 試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

- 1 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) 有・無 \_\_\_\_\_
- 2 言語聴覚士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日) 有・無 \_\_\_\_\_
- 3 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名) 有・無 \_\_\_\_\_

上記により、言語聴覚士免許を申請します。

年 月 日

コード番号	
本籍 (国 籍)	都道府県

電 話	( )
住 所	都道府県 市郡 区 町村 番 番地号

ふりがな	(氏)	(名)	印	性 別	男
氏 名	(旧姓)				女
通 称 名					
旧姓併記の希望	有 ・ 無				

生 年 月 日	昭 平 西	和 成 曆				年	月	日
---------	-------------	-------------	--	--	--	---	---	---

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収	入	印	紙	欄
（収入印紙は消印しないで下さい）				

言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付申請書

登 番	録 号	第						号	登 録 年 月 日	平 成 令 和				年			月			日
--------	--------	---	--	--	--	--	--	---	-----------------------	------------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後（第 1 回）				変 更 後（第 2 回）						
コ 一 番															
本 （国 籍）	都道府県				都道府県				都道府県						
ふ り が な	(氏)		(名)		(氏)		(名)		(氏)		(名)				
氏 名															
	(旧姓)				(旧姓)				(旧姓)						
通 称 名															
旧姓併記の希望					有 ・ 無				有 ・ 無						
生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 西 暦			年	日	昭 和 平 成 令 和 西 暦			年	日				年	日
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女						

変 更 の 理 由		※		※				
-----------	--	---	--	---	--	--	--	--

上記により、言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付を申請します。

年 月 日

電 話	( )																			
住 所	都道府県				市郡				区				町村				番			番地号
氏 名											印	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 西 暦				年	月	日	

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

※印の欄は記載しないこと。



記入不要	消除年月日	
------	-------	--

## 言語聴覚士名簿登録消除申請書

登録番号	第					号	登録年月日	平成				年			月			日
------	---	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

コード番号			
本籍 (国 籍)			都道府県

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	昭和	平成					年			月			日
------	----	----	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

消除理由の 生じた年月日	平成						年			月			日
-----------------	----	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※コード番号					
消除理由	死亡	・	失踪	・	その他

上記により言語聴覚士名簿の登録を消除されたく免許証（免許証明書）及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

電話	( )
住所	都道府県 市郡 区 町村 番 番地号
氏名	印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。

記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

## 言語聴覚士免許証（免許証明書）再交付申請書

登番	録号	第					号	登	録	平					年			月			日	
								年	月	和												

コード番号			
本籍 (国籍)			都道府県

ふりがな	(氏)	(名)	性別	男
氏名				女
	(旧姓)			
通称名				

生年月日	昭 平 西	和 成 和 暦					年				月			日
------	-------------	------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

免許取得資格	平 成 令 和			年			月	施行第			回言語聴覚士国家 試験合格
--------	------------------	--	--	---	--	--	---	-----	--	--	------------------

上記の言語聴覚士免許証（免許証明書）を（破った・汚した・失った）ので、関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

年 月 日

電話	( )																					
住所		都道府県		市郡		区		町村		番		地		号								
氏名								印														

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

収入印紙  
(消印しないこと。)

言語聴覚士国家試験受験願書

ふりがな	.....				性別	男	受験番号	※
氏名	.....					女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	本籍 (国籍)	都道府県	受験希望地	
現住所	都道府県				市郡区			
	.....				.....			
	(郵便番号 — )				電話番号 ( )			
養成施設名								
最終学歴	学部(学科)						年卒業(見込)	
受験資格  (該当項目に○印をつけること。)	資格該当項目				添付書類			
	養成施設卒業者 (一般・短期)	法第33条第1号			・ 養成施設修業(卒業)証明書			
		法第33条第2号						
		法第33条第3号						
		法第33条第5号						
		法附則第2条			・ 養成施設修業(卒業)証明書 ・ 平成10年9月1日現在、養成施設において修業中であつたことを証する書類			
	指定科目履修者	法第33条第4号			・ 大学等卒業証明書 ・ 指定科目履修証明書			
	外国養成施設卒業者	法第33条第6号			・ 厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類			
実務経験者	法附則第3条			・ 履歴書 ・ 指定講習会修了証明書 ・ 実務経験等を証する書類				
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )							

上記により、言語聴覚士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏名 印

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 修業(卒業)証明書・指定科目履修証明書・実務経験等を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長(所属長等)の発行に係るものであること。
  - 法附則第2条に該当する者のうち、平成10年9月1日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあつては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業(卒業)証明書のみでよいこと。
  - 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

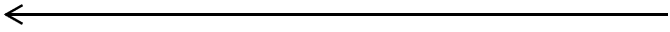
(介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正)

第七十四条 介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令(平成十二年厚生省令第二

十号)の一部を次のように改正する。

様式第一及び様式第一の二中「~~付~~」を「~~付~~」に改める。

様式第二から様式第九の二までを次のように改める。



居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)

公費負担者番号, 公費受給者番号, 令和 年 月分, 保険者番号

被保険者 (被保険者番号, フリガナ, 氏名, 生年月日, 要介護状態区分, 認定有効期間), 請求事業者 (事業所番号, 事業所名称, 所在地, 連絡先)

居宅サービス計画 (1. 居宅介護支援事業者作成, 2. 被保険者自己作成, 事業所番号, 事業所名称)

開始年月日, 中止年月日, 中止理由

給付費明細欄 (サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 摘要)

給付費明細欄 (住所地特例対象者) (サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 施設所在保険者番号, 摘要)

請求額集計欄 (①サービス種類コード/②名称, ③サービス実日数, ④計画単位数, ⑤限度額管理対象単位数, ⑥限度額管理対象外単位数, ⑦給付単位数, ⑧公費分単位数, ⑨単位数単価, ⑩保険請求額, ⑪利用者負担額, ⑫公費請求額, ⑬公費分本人負担)

社会福祉法人等による軽減欄 (軽減率, 受領すべき利用者負担の総額(円), 軽減額(円), 軽減後利用者負担額(円), 備考)



介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号										令和		年		月分
公費受給者番号										保険者番号				

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女																
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2																				
認定有効期間	1. 平成			年			月			日	から	2. 令和			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号													
	事業所名称													
	所在地	〒												
	連絡先	電話番号												

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																
	事業所番号													事業所名称			

開始年月日	令和		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要								

事業費明細欄 (住所地利例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要							

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称															
	③サービス実日数			日			日			日				日		
	④計画単位数															
	⑤限度額管理対象単位数															
	⑥限度額管理対象外単位数															給付率(／100)
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥															事業
	⑧公費分単位数															公費
	⑨単位数単価			円/単位			円/単位			円/単位			円/単位			合計
	⑩事業費請求額															
	⑪利用者負担額															
	⑫公費請求額															
	⑬公費分本人負担															

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考

居宅サービス介護給付費明細書  
(短期入所生活介護)

公費負担者番号, 公費受給者番号, 令和 年 月分, 保険者番号

被保険者 (被保険者番号, 氏名, 生年月日, 要介護状態区分, 認定有効期間), 請求事業者 (事業所番号, 事業所名称, 所在地, 連絡先)

居宅サービス計画 (1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成), 事業所番号, 事業所名称, 入所年月日, 退所年月日, 短期入所 実日数

給付費明細欄 (サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数日数, サービス単位数, 公費分回数等, 公費対象単位数, 摘要)

請求額集計欄 (区分, 保険分, 公費分, ①計画単位数, ②限度額管理対象単位数, ③限度額管理対象外単位数, ④給付単位数, ⑤単位数単価, ⑥給付率, ⑦請求額(円), ⑧利用者負担額(円))

特定入所者介護サービス費 (サービス内容, サービスコード, 費用単価(円), 負担限度額, 日数, 費用額(円), 保険分, 公費日数, 公費分, 利用者負担額, 保険分請求額(円), 公費分請求額, 公費分本人負担月額)

社会福祉法人等による軽減欄 (軽減率, 受領すべき利用者負担の総額(円), 軽減額(円), 軽減後利用者負担額(円), 備考)



介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要支援状態区分	要支援1・要支援2									
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から			
	2. 令和		年		月		日	まで			

請求事業者	事業所番号											
	事業所名称											
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号										

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和		年		月		日
退所年月日	令和		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価		円/単位
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価 (円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	2 4	介護予防短期入所生活介護					

枚中 枚目

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和				年		月分				
公費受給者番号										保険者番号										
被保険者	被保険者番号										事業所番号									
	(フリガナ)																事業所名称			
	氏名										所在地									
	生年月日																連絡先			
	要介護状態区分										電話番号									
認定有効期間																				
1. 平成 2. 令和																				
1. 男 2. 女																				
1. 明治 2. 大正 3. 昭和																				
性別																				
要介護1・2・3・4・5																				
1. 平成 2. 令和																				
令和																				
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成										入所年月日										
事業所番号										令和										
事業所名称										年										
										月										
										日										
										短期入所 実日数										
										令和										
										年										
										月										
										日										
										短期入所 実日数										
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要					
合計																				
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		①				緊急時治療開始年月日				①令和		年		月		日			
			②								②令和		年		月		日			
			③								③令和		年		月		日			
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日													
	特定治療		リハビリテーション		点		摘要													
			処置		点															
手術			点																	
麻酔			点																	
放射線治療			点																	
		合計		点																
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名														
特別療養費	傷病名																			
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要					
合計																				
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別療養費				公費分特定治療・特別療養費					
	①計画単位数																			
	②限度額管理対象単位数																			
	③限度額管理対象外単位数																			
	④給付点数・単位数																			
	⑤点数・単位数単価		円/単位				10円/点・単位				10円/点・単位									
	⑥給付率		/100				/100				/100				/100					
	⑦請求額(円)																			
⑧利用者負担額(円)																				
特定入所者サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額	
合計										保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額						

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号								令和			年			月分
公費受給者番号								保険者番号						

被保険者	被保険者番号														
	(フリガナ)														
	氏名														
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女									
	要支援状態区分	要支援1・要支援2													
認定有効期間	1. 平成													日	から
	2. 令和													日	まで
請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒													
連絡先	電話番号														

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成	入所年月日	令和			年			月			日
	事業所番号	退所年月日	令和			年			月			日
	事業所名称	短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和														
	緊急時治療管理(再掲)		単位	単位×														
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要													
		処置		点														
		手術		点														
		麻酔		点														
放射線治療			点															
	合計		点															
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名												

特別療養費	傷病名																
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要									
		合計															

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位
	⑥給付率		/100		/100
	⑦請求額(円)				
	⑧利用者負担額(円)				

特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護医療院における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和			年			月分	
公費受給者番号										保険者番号							

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女											
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5															
認定有効期間	1. 平成			年			月			日	から						
	2. 令和			年			月			日	まで						
請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒															
	連絡先	電話番号															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成	入所年月日	令和			年			月			日										
	事業所番号																					
	事業所名称																					
												退所年月日	令和			年			月			日
												短期入所 実日数										

基本摘要	摘要種類	内容														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

緊急時施設診療費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和			年			月			日
	緊急時治療管理(再掲)		単位	単位×									日
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要								
		処置		点									
		手術		点									
		麻酔		点									
	放射線治療		点										
	合計		点										

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

特別診療費	傷病名													
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要						
	合計													

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位
	⑥給付率		/100		/100
	⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和			年			月分
公費受給者番号										保険者番号						

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和											性別	1. 男 2. 女			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2															
認定有効期間	1. 平成															日	から
	2. 令和															日	まで
請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒															
	連絡先	電話番号															

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成	入所年月日	令和			年			月			日
	事業所番号											
	事業所名称											
		退所年月日	令和			年			月			日
		短期入所 実日数										

基本摘要	摘要種類	内容										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

緊急時施設診療費	緊急時傷病名	①											緊急時治療開始年月日	①令和			年			月			日
		②												②令和			年			月			日
		③												③令和			年			月			日
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日																
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要																		
		処置		点																			
手術			点																				
麻酔			点																				
放射線治療			点																				
	合計		点																				

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

特別診療費	傷病名											
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要				
	合計											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位
	⑥給付率		/100		/100
	⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)					

特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

居宅サービス介護給付費明細書  
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成		年		月		日	から			
	2. 令和		年		月		日	まで			
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒						—			
	連絡先	電話番号									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成					
	事業所番号						
	事業所名称						
入所年月日	令和		年		月		日
退所年月日	令和		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

特定診療費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
		合計						

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
		合計								
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

介護予防サービス介護給付費明細書  
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 ー
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成
	事業所番号
	事業所名称

入所年月日	令和	年	月	日
退所年月日	令和	年	月	日
短期入所 実日数				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

特定診療費	傷病名							摘要
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価	円/単位	10円/単位	10円/単位	
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)					

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
保険分請求額(円)								公費分請求額	公費分本人負担月額		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

地域密着型サービス介護給付費明細書  
(認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和				年				月分
保険者番号								

被保険者	被保険者番号																				
	(フリガナ)																				
	氏名																				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和												性別	1. 男 2. 女						
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5																			
認定有効期間	1. 平成																			日	から
	2. 令和																			日	まで

請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地	〒																			
	連絡先	電話番号																			

入居年月日	1. 平成																				
	2. 令和																				
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																				
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①単位数合計								
	②単位数単価				円/単位				
	③給付率				/100				/100
	④請求額(円)								
	⑤利用者負担額(円)								





居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書  
(特定施設入居者生活介護(短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号											令和			年			月分
公費受給者番号											保険者番号						

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									性別	1. 男 2. 女					
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5															
認定有効期間	1. 平成															日	から
	2. 令和															日	まで

請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒													
	連絡先	電話番号													

入居年月日	1. 平成																退居年月日	令和											入居実日数						外泊日数					
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																																							
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																																							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③外部利用型外給付単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

保険者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号																			
	(フリガナ)																			
	氏名																			
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和												性別	1. 男 2. 女					
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																		
認定有効期間	1. 平成																			
	2. 令和																			

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

入居年月日	1. 平成																			
	2. 令和																			
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																			
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																			

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③外部利用型外給付単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)			

地域密着型サービス介護給付費明細書  
(認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

公費受給者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成			年			月			日	から
	2. 令和			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒								
	連絡先	電話番号								

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成							
	事業所番号								
	事業所名称								

入居年月日	令和			年			月			日
退居年月日	令和			年			月			日
短期利用 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。



居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書  
 (特定施設入居者生活介護(短期利用)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用))

公費負担者番号										令和		年		月分
公費受給者番号										保険者番号				

被保険者	被保険者番号														
	(フリガナ)														
	氏名														
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									性別	1. 男 2. 女			
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5													
認定有効期間	1. 平成														
	2. 令和														

請求事業者	事業所番号													
	事業所名称													
	所在地	〒												
	連絡先	電話番号												

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成													
	事業所番号													
	事業所名称													

入居年月日	令和		年		月		日
退居年月日	令和		年		月		日
短期利用 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価		円/単位
⑥給付率		/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

居宅介護支援介護給付費明細書

令和	年	月分
----	---	----

公費負担者番号
---------

保険者番号
-------

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	所在地
	事業所 名称	連絡先 電話番号
		単位数単価
		(円/単位)

項番	被保険者 番号	(フリガナ) 氏名	性別	1. 男 2. 女			
	公費受給者番号	氏名					
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5			
		年 月 日					
被保険者	担当介護支援 専門員番号	サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	認定 有効期間			
			年 月 日	1. 平成 2. 令和			
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
							請求額合計

項番	被保険者 番号	(フリガナ) 氏名	性別	1. 男 2. 女			
	公費受給者番号	氏名					
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5			
		年 月 日					
被保険者	担当介護支援 専門員番号	サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	認定 有効期間			
			年 月 日	1. 平成 2. 令和			
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
							請求額合計

介護予防支援介護給付費明細書

令和	年	月分
----	---	----

公費負担者番号
---------

保険者番号
-------

介護予防 支援事業者	事業所 番号	所在地
	事業所 名称	連絡先 電話番号
		単位数単価
		(円/単位)

項番	被保険者 番号	(フリガナ)	性別	1. 男 2. 女						
	公費受給者番号	氏名								
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から
		年	月	日		令和	年	月	日	まで
給付費明細欄	担当介護支援 専門員番号	サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日				
	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要				
							請求額合計			

項番	被保険者 番号	(フリガナ)	性別	1. 男 2. 女						
	公費受給者番号	氏名								
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から
		年	月	日		令和	年	月	日	まで
給付費明細欄	担当介護支援 専門員番号	サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日				
	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要				
							請求額合計			



介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

令和			年			月分
保険者番号						

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女			
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2								
認定有効期間	1. 平成								から	
	2. 令和								まで	

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒							
	連絡先	電話番号							

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

事業費明細欄 (住所特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
④事業費請求額(円)			

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書

(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号										令和			年			月分	
公費受給者番号										保険者番号							

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男 2. 女											
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5				旧措置入所者特例	1. 無 2. 有										
認定有効期間	1. 平成			年			月			日	から						
	2. 令和			年			月			日	まで						
請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒															
連絡先	電話番号																

入所年月日	1. 平成			年			月			日	退所年月日	令和			年			月			日	入所実日数					外泊日数				
入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																														
退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額(円)		
⑤利用者負担額(円)			

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
		合計									
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	51	介護福祉施設サービス				
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護保健施設サービス)

公費負担者番号										令和				年		月分	
公費受給者番号										保険者番号							

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女					
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成	年		月		日		から			
	2. 令和	年		月		日		まで			

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒									
	連絡先	電話番号									

入所年月日	1. 平成	年		月		日		退所年月日	令和	年		月		日		入所実日数	外泊日数	
主傷病								入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院									
退所後の状況		1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③			所定疾患施設療養開始年月日	①令和	年		月		日	
	単位(再掲)	単位	単位×	日								
緊急時治療管理	傷病名	① ② ③			緊急時治療開始年月日	①令和	年		月		日	
	単位(再掲)	単位	単位×	日								
特定治療	リハビリテーション	点	摘要									
	処置	点										
	手術	点										
	麻酔	点										
	放射線治療	点										
合計		点										
往診日数	医療機関名			通院日数	医療機関名							

特別療養費	傷病名										
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
	合計										

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

特定入所者費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

枚中	枚目
----	----

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護医療院サービス)

公費負担者番号										令和					年		月分	
公費受給者番号										保険者番号								

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女					
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成	年		月		日		から			
	2. 令和	年		月		日		まで			

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒									
	連絡先	電話番号									

入所年月日	1. 平成	年		月		日		退所年月日	令和	年		月		日		入所実日数	外泊日数		
主傷病											入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院							
退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																		
基本摘要	摘要種類	内容																	

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設診療費	緊急時傷病名	①											緊急時治療開始年月日	①令和	年		月		日				
		②												②令和	年		月		日				
		③												③令和	年		月		日				
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×		日																		
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要																			
		処置	点																				
	手術	点																					
	麻酔	点																					
	放射線治療	点																					
	合計	点																					
往診日数	医療機関名											通院日数	医療機関名										

特別診療費	傷病名																	
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要										
	合計																	

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位	10円/点・単位		10円/点・単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分請求額(円)			公費分請求額	公費分本人負担月額

枚中	枚目
----	----

様式第十一を次のように改める。





(健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正)

第七十五条 健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を次のように改正する。

様式第十を次のように改める。







(厚生労働大臣の所管に属する公益信託の引受けの許可及び監督に関する規則の一部改正)

第七十六条 厚生労働大臣の所管に属する公益信託の引受けの許可及び監督に関する規則（平成十二年  
厚生労働

省令第四号）の一部を次のように改正する。

別記様式を削る。

(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部改正)

第七十七条 医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令(平成十四年厚生労働省令第五百十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第三号までを次のように改める。





※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 臨床研修修了登録証書換交付申請書

医 籍 登 録 番 号	第						号	医 籍 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日
----------------	---	--	--	--	--	--	---	------------------	------------	--	--	---	--	---	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )	
本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県	
ふ り が な	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏 名						
通 称 名						
性 別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日		

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵 便 番 号	-	電 話 番 号	( )
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名		印	生 年 月 日 昭 和 平 成 令 和 年 月 日

厚生労働大臣

殿

- (注) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 記名押印に代えて、署名することができる。  
 5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 臨床研修修了登録証再交付申請書

医 籍 登 録 番 号	第						号	医 籍 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日
----------------	---	--	--	--	--	--	---	------------------	------------	--	--	---	--	---	--	---

本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
----------------	------------

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和					年			月		日
---------	-------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	( )
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名		印	

厚生労働大臣 殿

- (注) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
 2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
 4 記名押印に代えて、署名することができる。  
 5 用紙の大きさは、A4とすること。

(既認定者等に交付する児童扶養手当証書の様式を定める省令の一部改正)

第七十八条 既認定者等に交付する児童扶養手当証書の様式を定める省令(平成十五年厚生労働省令第五十

二号)の一部を次のように改正する。

様式(2ページ)を次のように改める。



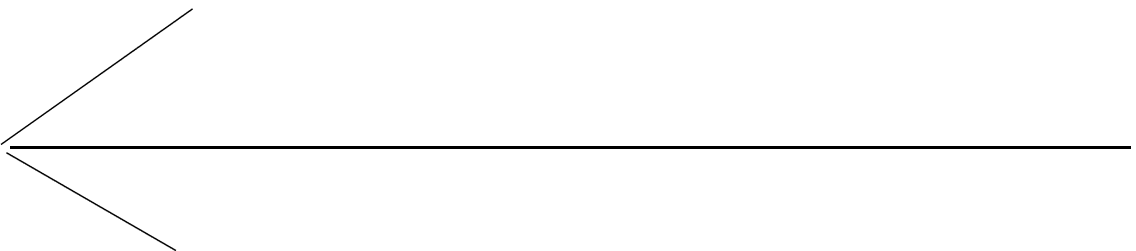
記号 第 号			
児 童 扶 養 手 当			
受給者 氏 名		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
手当月額	支給対象 児童数	支給開始年月	昭和 平成 令和 年 月
円	人	改 定 年 月	改 定 理 由
円	人	令和 年 月	
円	人	令和 年 月	
円	人	令和 年 月	
円	人	令和 年 月	
円	人	令和 年 月	

上記のとおり、児童扶養手当法によって支給します。ただし、支給停止を受けているときは、その期間、支給停止額を控除した金額を支給します。

令和 年 月 日

都道府県知事 印

様式（3ページ）及び（4ページ）中「~~ホ~~」を「~~ホ~~」に改める。





(特別児童扶養手当証書の様式を定める省令の一部改正)

第七十九条 特別児童扶養手当証書の様式を定める省令(平成十五年厚生労働省令第五十三号)の一部を次のように改正する。

様式を次のように改める。



様式  
(表紙)

特別児童扶養手当証書

厚生労働省

(日本工業規格A列6番)

特別児童扶養手当

受給者 氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
個人番号				

手当月額	障害児数		支給開始年月	令和 年 月 日
	円	(1級)	人	改定年月
(2級)		人		
円	(1級)	人	令和 年 月	
	(2級)	人		
円	(1級)	人	令和 年 月	
	(2級)	人		
円	(1級)	人	令和 年 月	
	(2級)	人		
円	(1級)	人	令和 年 月	
	(2級)	人		

上記のとおり、特別児童扶養手当等の支給に関する法律によって支給します。

令和 年 月 日

知事  
市長



支払金融機関

支払方法	支払金融機関名	口座番号
口座振替		
送 金		
口座振替		
送 金	(令和 年 月 日変更)	
口座振替		
送 金	(令和 年 月 日変更)	
口座振替		
送 金	(令和 年 月 日変更)	

住 所

〒	—			
〒	—	(令和	年	月 日変更)
〒	—	(令和	年	月 日変更)
〒	—	(令和	年	月 日変更)

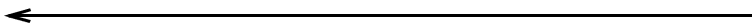
記 事

--

(次世代育成支援対策推進法施行規則の一部改正)

第八十条 次世代育成支援対策推進法施行規則(平成十五年厚生労働省令第百二十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(第一面)を次のように改める。



一般事業主行動計画策定・変更届

届出年月日 令和 年 月 日

都道府県労働局長 殿

(ふりがな)

一般事業主の氏名又は名称

(ふりがな)

(法人の場合) 代表者の氏名

印

主たる事業

住 所 〒

電 話 番 号

一般事業主行動計画を（策定・変更）したので、次世代育成支援対策推進法第12条第1項又は第4項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1. 常時雇用する労働者の数 人（うち有期契約労働者 人）
  - ① 男性労働者の数 人
  - ② 女性労働者の数 人
2. 一般事業主行動計画を（策定・変更）した日 平成・令和 年 月 日
3. 変更した場合の変更内容
  - ① 一般事業主行動計画の計画期間
  - ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。）
  - ③ その他
4. 一般事業主行動計画の計画期間 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日
5. 規定整備の状況
  - ① 有期契約労働者も対象に含めた育児休業制度 (有・無)
  - ② 有期契約労働者も対象に含めたその他の両立支援制度 (有・無)
6. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日又は公表予定日 平成・令和 年 月 日
7. 一般事業主行動計画の外部への公表方法
  - ① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他 ( ) )
  - ② その他の公表方法 ( )
8. 一般事業主行動計画の労働者への周知の方法
  - ① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け
  - ② 書面の交付
  - ③ 電子メールの送信
  - ④ その他の周知方法 ( )
9. 次世代育成支援対策の内容（第二面・第三面に記載すること）
10. 次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定（くるみん認定）の申請をする予定 (有・無・未定)
11. 次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく特例認定（プラチナくるみん認定）の申請をする予定 (有・無・未定)

一般事業主行動計画の担当部局名	
(ふりがな)	
担当者の氏名	

様式第二号（第一面から第三面まで）を次のように改める。



基準適合一般事業主認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

\_\_\_\_\_労働局長 殿

(ふりがな)  
 一般事業主の氏名又は名称  
 (ふりがな)  
 (法人の場合) 代表者の氏名  
 主たる事業

印

住 所 〒

電 話 番 号

次世代育成支援対策推進法第13条の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 策定・実施した一般事業主行動計画について
  - (1) 一般事業主行動計画策定届を届け出た日 平成・令和 年 月 日
  - (2) 一般事業主行動計画策定届の届出先 労働局長
  - (3) 計画期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (期目)
2. 常時雇用する労働者の数 人 (うち有期契約労働者 人)
  - 〔男性労働者の数 人
  - 〔女性労働者の数 人
3. 一般事業主行動計画において達成しようとした目標及びその達成状況 (第六面に記載すること)
4. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日 平成・令和 年 月 日
5. 公表及び労働者への周知の方法

(1) 一般事業主行動計画を策定又は変更した日	(2) 変更した場合の変更内容	(3) 一般事業主行動計画を外部へ公表した方法	(4) 一般事業主行動計画を労働者へ周知した方法
平成・令和 年 月 日		① インターネットの利用 (両立支援のひろば・自社のホームページ・その他 ( )) ② その他の公表方法 ( )	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法 ( )
平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容 (既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。) ③ その他	① インターネットの利用 (両立支援のひろば・自社のホームページ・その他 ( )) ② その他の公表方法 ( )	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法 ( )

認定申請の担当部局名	
(ふりがな) 担当者の氏名	



平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）

6. 育児休業等の取得に関する状況

(1) 男性労働者の状況

イ又はロのいずれかを記入（育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者数が0人の中小事業主（常時雇用する労働者の数が300人以下の事業主をいう。以下同じ。）は、ハ～ヘのいずれかを記入）

イ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数及びその割合

計画期間において		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ロ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数、育児目的休暇制度を利用した男性労働者数、その割合及び当該育児目的休暇制度の内容

計画期間において			
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用した男性労働者数 (C)	育児休業等及び小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用したものの割合 (B + C) / (A) × 100
人	人	人	%

育児目的休暇制度の具体的内容

ハ 計画期間において子の看護休暇を取得した男性労働者数  
（1歳に満たない子のために当該休暇を取得した場合を除く。） 人

ニ 短時間勤務制度等の具体的内容

計画期間において短時間勤務制度等を子の養育のために利用した男性労働者数 人

ホ 計画期間の開始前3年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

へ 育児目的休暇制度の具体的内容

小学校就学前までの子を養育する男性労働者がいない場合に、計画期間において育児目的休暇制度を15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子又は小学校就学前までの孫のために利用した男性労働者数 人

(2) 女性労働者の状況

① 計画期間において出産した女性労働者数、育児休業等をした女性労働者数及びその割合

計画期間において		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	(C) %

② (①の(C)の育児休業等をしたものの割合が75%未満の中小事業主のみ記入)  
計画期間の開始前3年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

様式第三号（第一面から第三面まで）及び様式第三号（第四面から第六面まで）を次のように改める。



基準適合認定一般事業主認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

\_\_\_\_ 労働局長 殿

(ふりがな)  
一般事業主の氏名又は名称

(ふりがな)  
(法人の場合) 代表者の氏名

印

主たる事業  
住所 〒

電話番号

次世代育成支援対策推進法第15条の2の認定（特例認定）を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 策定・実施した一般事業主行動計画について
  - (1) 一般事業主行動計画策定届を届け出た日 平成・令和 年 月 日
  - (2) 一般事業主行動計画策定届の届出先 労働局長
  - (3) 計画期間  
平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (期目)
2. 次世代育成支援対策推進法第13条の認定（くるみん認定）を受けた日及び認定を受けた労働局  
平成・令和 年 月 日 労働局
3. 常時雇用する労働者の数 人（うち有期契約労働者 人）
  - 〔男性労働者の数 人
  - 〔女性労働者の数 人
4. 一般事業主行動計画において達成しようとした目標及びその達成状況（第七面に記載すること）
5. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日 平成・令和 年 月 日

6. 公表及び労働者への周知の方法

(1) 一般事業主行動計画を策定又は変更した日	(2) 変更した場合の変更内容	(3) 一般事業主行動計画を外部へ公表した方法	(4) 一般事業主行動計画を労働者へ周知した方法
平成・令和 年 月 日		① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）

特例認定申請の担当部局名	
(ふりがな) 担当者の氏名	

平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
----------------------	--	--	--

7. 育児休業等の取得に関する状況

(1) 男性労働者の状況

イ又はロのいずれかを記入（育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者数が0人の中小事業主（常時雇用する労働者の数が300人以下の事業主をいう。以下同じ。）は、ハ～ヘのいずれかを記入）

イ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数及びその割合

計画期間において		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ロ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数、育児目的休暇制度を利用した男性労働者数、その割合及び当該育児目的休暇制度の内容

計画期間において			
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用した男性労働者数 (C)	育児休業等及び小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用したものの割合 (B + C) / (A) × 100
人	人	人	%

育児目的休暇制度の具体的内容

ハ 計画期間において子の看護休暇を取得した男性労働者数  
（1歳に満たない子のために当該休暇を取得した場合を除く。） 人

ニ 短時間勤務制度等の具体的内容

計画期間において短時間勤務制度等を子の養育のために利用した男性労働者数 人

ホ 計画期間の開始前3年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

へ 育児目的休暇制度の具体的内容

--

小学校就学前までの子を養育する男性労働者がいない場合に、計画期間において育児目的休暇制度を15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子又は小学校就学前までの孫のために利用した男性労働者数 人

(2) 女性労働者の状況

① 計画期間において出産した女性労働者数、育児休業等をした女性労働者数及びその割合

計画期間において		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	(C) %

② (①の(C)の育児休業等をしたものの割合が75%未満の中小事業主のみ記入) 計画期間の開始前3年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

8. 育児をする労働者のための短時間勤務制度等の実施状況

実施している措置（3歳から小学校就学前までの子を育てる労働者が対象となるものに限る。）	実施の有無
ア 育児休業に関する制度に準ずる措置	有・無
イ 所定外労働の制限	有・無
ウ 短時間勤務制度	有・無
エ フレックスタイム制度	有・無
オ 始業・終業時刻の繰上げ又は繰下げの制度	有・無
カ 事業所内保育施設の設置運営	有・無
キ 育児に要する経費の援助措置等	有・無

9. 時間外労働及び休日労働に関する計画期間終了事業年度の状況

① その雇用する労働者（短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成5年法律第76号）第2条に規定する短時間労働者を除く。）1人当たりの各月ごとの時間外労働及び休日労働の合計時間数

計画期間終了事業年度	各月の時間外労働及び休日労働の時間数					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月
( )年度						
	7月	8月	9月	10月	11月	12月

② 平均した1月当たりの時間外労働時間が60時間以上である労働者数

人

10. 働き方の見直しに資する多様な労働条件の整備のための措置の実施状況

実施している措置	措置の内容	目標及びその達成状況
ア 所定外労働の削減のための措置		
イ 年次有給休暇の取得の促進のための措置		
ウ 短時間正社員制度、在宅勤務、情報通信技術を活用した勤務その他の働き方の見直しに資する多様な労働条件の整備のための措置		

11. 女性の継続就業に関する状況

イ又はロのいずれかを記入（イ及びロに該当しない中小事業主にあつては、下表中「計画期間の開始日」とされているものを「計画期間の開始前3年以内の日であつて当該中小事業主が定める日」と読み替えてイ又はロのいずれかを記入すること。）

イ 計画期間の開始日から計画期間の終了日の1年前までの間において出産した女性労働者数、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）及びその割合

平成・令和 年 月 日（計画期間の開始日）から平成・令和 年 月 日（計画期間の終了日の1年前の日）までの間に出産した女性労働者数	(A)	人
(A)のうち、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）	(B)	人
在職しているものの割合	$(B) / (A) \times 100$	
		%

ロ 計画期間の開始日から計画期間の終了日の1年前までの間において出産した女性労働者数、当該期間に出産する予定であった女性労働者のうち退職したものの数、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は小学校就学前までに子について育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）及びその割合

平成・令和 年 月 日（計画期間の開始日）から平成・令和 年 月 日（計画期間の終了日の1年前の日）までの間に出産した女性労働者数	(A)	人
上記の期間において出産する予定であった女性労働者のうち退職したものの数	(B)	人
(A)のうち、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）	(C)	人
在職しているものの割合 $(C) / (A + B) \times 100$		%

12. 育児休業等をし、又は育児を行う女性労働者が就業を継続し、活躍できるようにするための取組

	実施している取組	実施の有無
ア 女性労働者に向けた取組	① 若手の女性労働者を対象とした、出産及び子育てを経験して働き続けるキャリアイメージの形成を支援するための研修	有・無
	② 社内のロールモデルと女性労働者をマッチングさせ、当該労働者が働き続けていく上での悩みや心配事について相談に乗り助言するメンターとして継続的に支援させる取組	有・無
	③ 育児休業からの復職後又は子育て中の女性労働者を対象とした能力の向上のための取組又はキャリア形成を支援するためのカウンセリング等の取組	有・無
	④ 従来、主として男性労働者が従事してきた職務に新たに女性労働者を積極的に配置するための検証や女性労働者に対する研修等職域拡大に関する取組	有・無
	⑤ 管理職の手前の職階にある女性労働者を対象とした、昇格意欲の喚起又は管理職に必要なマネジメント能力等の付与のための研修	有・無
	⑥ その他これらに準ずる措置	有・無
イ 管理職に向けた取組等	① 企業トップ等による女性の活躍推進及び能力発揮に向けた職場風土の改革に関する研修等の取組	有・無
	② 女性労働者の育成に関する管理職研修等の取組	有・無
	③ 働き続けながら子育てを行う女性労働者がキャリア形成を進めていくために必要な業務体制及び働き方の見直し等に関する管理職研修	有・無
	④ 育児休業等を取得しても中長期的に処遇上の差を取り戻すことが可能となるような昇進基準及び人事評価制度の見直しに向けた取組	有・無
	⑤ その他これらに準ずる措置	有・無

(注) 次の①から⑩までの書類を添付すること。

- ① 策定・実施した一般事業主行動計画
- ② 一般事業主行動計画に定めた目標が達成されたことを明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）
- ③ 公表及び労働者への周知が義務又は努力義務である事業主については、一般事業主行動計画の公表及び労働者への周知を行っていることを明らかにする書類（両立支援のひろばの画面を印刷した書類等）であってその日付が分かるもの
- ④ 育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者の氏名、これらの制度を利用した



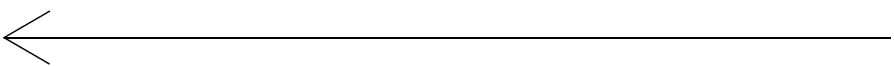
期間及び利用の対象となった子の年齢が記載されている書類

- ⑤ 7. (1)ハ、ニ又はへのいずれかの基準を満たすものとして特例認定申請をする場合にあっては、子の看護休暇の取得、短時間勤務制度等又は育児目的休暇制度の利用をした男性労働者の氏名、及び取得又は利用の対象となった子若しくは孫の年齢が記載されている書類
- ⑥ 育児休業等をした女性労働者の氏名、育児休業等をした期間及び取得の対象となった子の年齢が記載されている書類
- ⑦ 8. の実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）
- ⑧ 10. の実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）及び当該措置に係る目標について明らかにする書類（自社のホームページの画面を印刷した書類等）であって、その内容及びその目標を定めた日付が分かるもの
- ⑨ 11. の状況を明らかにするものとして、計画期間の開始日から計画期間の終了日の1年前までの間に出産した女性労働者のうち、その出産後1年以上継続して在職している女性労働者の氏名が記載されている書類
- ⑩ 12. の取組に係る計画及びその実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し、研修の開催概要等）

(石綿障害予防規則の一部改正)

第八十一条 石綿障害予防規則(平成十七年厚生労働省令第二十一号)の一部を次のように改正する。

様式第三号(表面)を次のように改める。



# 石綿健康診断結果報告書

8 0 3 1 0

標準字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働保険 番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	在籍労働者数	人
事業場の名称	事業の種類		
事業場の所在地	郵便番号 ( )		電話 ( )

対象年	7:平成 9:令和	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 ( 月 ~ 月分) (報告 回目)	健診年月日	7:平成 9:令和	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
健康診断実施 機関の名称					第二次健康診断	年 月 日			
健康診断実施 機関の所在地									
項目	石綿業務の種類	石綿 業務コード 具体的業務内容 ( )	石綿 業務コード 具体的業務内容 ( )	石綿 業務コード 具体的業務内容 ( )					
	従事労働者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人					
受診労働者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人						
上記のうち第二次健康診断 を要するとされた者の数	人	人	人						
第二次健康診断受診者数	人	人	人						
上記のうち有所見者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人						
疾病にかかっていると診断された者の数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人						

ページ / 総ページ  
 /

産 業 医 氏 名  
所属医療機関の  
名称及び所在地

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿



受 付 印

折り曲げる場合は、(▶)の所を谷に折り曲げること。

(特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律施行規則の一部改正)

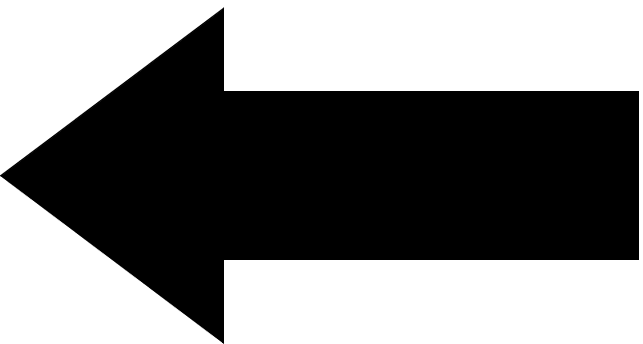
第八十二条 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律施行規則(平成十七年厚生労働省令第

四十九号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)及び様式第二号(表面)中「~~平成~~」を「~~令和~~」に改める。

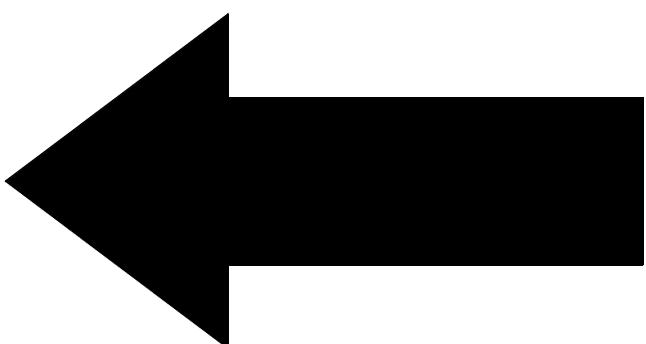
様式第三号(表面)中「平成」を「令和」に改める。

様式第四号を次のように改める。





様式第五号及び様式第七号から様式第九号までの様式中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。



(歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部改正)

第八十三条 歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令(平成十七年厚生労働省令第百三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第三号までを次のように改める。









※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)
-------------------------

## 臨床研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍登録番号	第							号	歯科医籍登録年月日	平成					年				月				日
----------	---	--	--	--	--	--	--	---	-----------	----	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和							年					月				日
------	----------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	( )
住所	都道府県	市郡区	町村番地号
氏名		印	

厚生労働大臣 殿

- (注)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 5 用紙の大きさは、A4とすること。

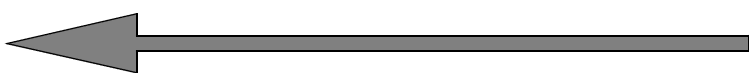
(社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則の一部改正)

第八十四条 社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則(

平成十九年厚生労働省令第三十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号中「~~長~~」を「~~中~~」に改める。

様式第三号から様式第六号までを次のように改める。



法人名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

※医療法人整理番号 

--	--	--	--	--

損 益 計 算 書  
 (自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

科 目	金 額	
I 事業損益		
A 本来業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		
(1)事業費	×××	
(2)本部費	×××	×××
本来業務事業利益		×××
B 附帯業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
附帯業務事業利益		×××
C 収益業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
収益業務事業利益		×××
事業利益		×××
II 事業外収益		
受取利息	×××	
その他の事業外収益	×××	×××
III 事業外費用		
支払利息	×××	
その他の事業外費用	×××	×××
経常利益		×××
IV 特別利益		
固定資産売却益	×××	
その他の特別利益	×××	×××
V 特別損失		
固定資産売却損	×××	
その他の特別損失	×××	×××
税引前当期純利益		×××
法人税・住民税及び事業税	×××	
法人税等調整額	×××	×××
当期純利益		×××

(注)1. 利益がマイナスとなる場合には、「利益」を「損失」と表示する。  
 2. 「本部費」とは、当該法人が運営する複数の施設における共通の作業及び主たる事務所等管理部門における活動に関連する費用をいう。  
 事業外費用、特別利益及び特別損失を示す名称を付した科目をもって別に掲記することを妨げない。

様式第四号

法人名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_

※医療法人整理番号

純 資 産 変 動 計 算 書  
(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

	積立金					評 価 ・ 換 算 差 額 等			純資産合計
	設立等積立金	代替基金	〇〇積立金	繰越利益積立金	積立金合計	その他有価証券評価差額金	繰延ヘッジ損益	評価・換算差額等合計	
平成・令和 年 月 日 高 残	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××
会計年度中の変動額									
当期純利益				×××	×××				×××
.....									
.....									
会計年度中の変動額合計	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××
平成・令和 年 月 日 高 残	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××

- 純資産の変動事由及び金額の掲載は、おおむね貸借対照表における記載の順序によること。
- 評価・換算差額等は、科目ごとの記載に代えて評価・換算差額等の合計額を、前会計年度末残高、会計年度中の変動額及び会計年度末残高に区分して記載することができる。この場合には、科目ごとのそれぞれの金額を注記すること。
- 積立金及び純資産の各合計欄の記載は省略することができる。

法人名 \_\_\_\_\_

※医療法人整理番号 

--	--	--	--	--

所在地 \_\_\_\_\_

キャッシュ・フロー計算書

(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

区 分	金 額
<b>I 事業活動によるキャッシュ・フロー</b>	
本来業務事業収入	×××
本来業務事業費支出	△×××
附帯業務事業収入	×××
附帯業務事業費支出	△×××
収益業務事業収入	×××
収益業務事業費支出	△×××
.....	×××
小 計	×××
利息及び配当金の受取額	×××
利息の支払額	△×××
法人税等の支払額	△×××
.....	×××
事業活動によるキャッシュ・フロー	×××
<b>II 投資活動によるキャッシュ・フロー</b>	
有価証券の取得による支出	△×××
有価証券の売却による収入	×××
有形固定資産の取得による支出	△×××
有形固定資産の売却による収入	×××
施設設備補助金の受入れによる収入	×××
貸付けによる支出	△×××
貸付金の回収による収入	×××
.....	×××
投資活動によるキャッシュ・フロー	×××
<b>III 財務活動によるキャッシュ・フロー</b>	
短期借入れによる収入	×××
短期借入金の返済による支出	△×××
長期借入れによる収入	×××
長期借入金の返済による支出	△×××
.....	×××
財務活動によるキャッシュ・フロー	×××
<b>IV 現金及び現金同等物の増加額(又は減少額)</b>	×××
<b>V 現金及び現金同等物の期首残高</b>	×××
<b>VI 現金及び現金同等物の期末残高</b>	×××

法人名 \_\_\_\_\_

※医療法人整理番号 

--	--	--	--	--

所在地 \_\_\_\_\_

キャッシュ・フロー計算書

(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

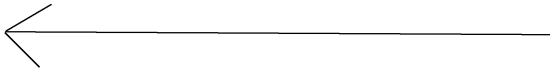
(単位：千円)

区 分	金 額
<b>I 事業活動によるキャッシュ・フロー</b>	
税引前当期純利益	×××
減価償却費	×××
退職給付引当金の増加額	×××
貸倒引当金の増加額	×××
受取利息及び配当金	△×××
支払利息	×××
有価証券売却益	△×××
固定資産売却益	△×××
事業債権の増加額	△×××
たな卸資産の増加額	△×××
仕入債務の増加額	×××
.....	×××
小 計	×××
利息及び配当金の受取額	×××
利息の支払額	△×××
法人税等の支払額	△×××
.....	×××
<b>事業活動によるキャッシュ・フロー</b>	×××
<b>II 投資活動によるキャッシュ・フロー</b>	
有価証券の取得による支出	△×××
有価証券の売却による収入	×××
有形固定資産の取得による支出	△×××
有形固定資産の売却による収入	×××
施設設備補助金の受入れによる収入	×××
貸付けによる支出	△×××
貸付金の回収による収入	×××
.....	×××
<b>財務活動によるキャッシュ・フロー</b>	×××
<b>III 財務活動によるキャッシュ・フロー</b>	
短期借入れによる収入	×××
短期借入金の返済による支出	△×××
長期借入れによる収入	×××
長期借入金の返済による支出	△×××
.....	×××
<b>財務活動によるキャッシュ・フロー</b>	×××
<b>IV 現金又は現金同等物の増加額(又は減少額)</b>	×××
<b>V 現金又は現金同等物の期首残高</b>	×××
<b>VI 現金又は現金同等物の期末残高</b>	×××

(特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則の一部改正)

第八十五条 特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則(平成二十年厚生労働省令第三号)の一部を次のように改正する。

様式第二号を次のように改める。





様式第二号（第二条関係）

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給通知書

薬機発第 号  
令和 年 月 日

殿

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
理 事 長

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成20年法律第2号）第3条第1項の給付金の額を、下記のとおり通知します。

記

給 付 金 万円

受給者番号

様式第五号を次のように改める。



様式第五号（第四条関係）

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金支給通知書

薬機発第 号  
令和 年 月 日

殿

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
理事長

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成20年法律第2号）第7条第1項の追加給付金の額を、下記のとおり通知します。

記

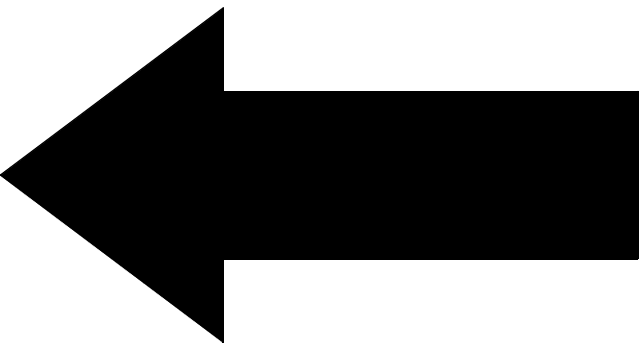
給付金 万円

受給者番号

(厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律施行規則の一部改正)

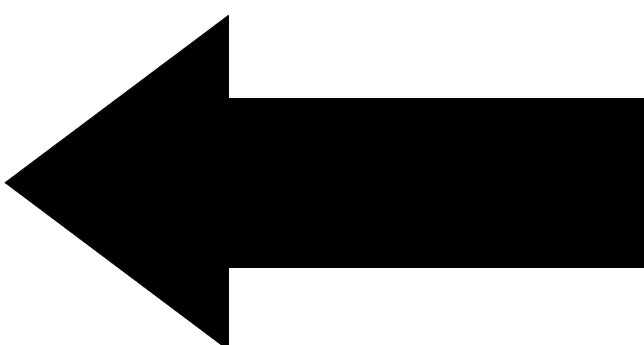
第八十六条 厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律施行規則(平成二十二年厚生労働省令第六十七号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。





様式第二号及び様式第四号から様式第六号までの様式中「~~付録~~」を「~~付録~~」に改める。



(職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律施行規則の一部改正)

第八十七条 職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律施行規則(平成二十三年厚生労

働省令第九十三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)及び様式第二号(表面)中「~~長号~~」を「~~令号~~」に改める。

様式第三号(表面)を次のように改める。



様式第3号(第17条関係)(表面)

## 職業訓練受講給付金支給申請書

①申請番号													
フリガナ													
②氏名		③生年月日				昭和 平成 令和		年		月		日	
④住所		〒											
⑤個人番号													
支給 申請 内容	⑥訓練番号												
	⑦訓練科名												
	⑧訓練実施施設名												
	⑨支給申請の対象となる訓練期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
	⑩事前審査時からの変更		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 収入( 円)、 <input type="checkbox"/> 世帯収入( 円)、 <input type="checkbox"/> 金融資産( 円)、 <input type="checkbox"/> 土地建物、 <input type="checkbox"/> 同時支給、 <input type="checkbox"/> 住所、 <input type="checkbox"/> 通所経路、 <input type="checkbox"/> 通所方法、 <input type="checkbox"/> その他( )										
	⑪添付書類		<input type="checkbox"/> 就職支援計画書 <input type="checkbox"/> 職業訓練受講給付金支給状況(支給記録) <input type="checkbox"/> その他( )										
⑫寄宿の有無		有 ( ) ・ 無											
職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律施行規則第17条の規定により、上記のとおり職業訓練受講給付金(職業訓練受講手当・通所手当・寄宿手当)の支給を申請します。 令和 年 月 日 公共職業安定所長 地方運輸局長 殿													
										申請者氏名		印	

記名押印又は署名

## (注 意 事 項)

- 申請内容は正しく記載してください。偽りその他不正の行為によって職業訓練受講給付金を受けたり、又は受けようとしたときは、以後職業訓練受講給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- この申請書は、指定来所日に、必ず本人が提出してください。
- 職業訓練受講手当の額は、支給申請の対象となる訓練期間(支給単位期間)が28日未満の場合は3580円×支給単位期間における日数、それ以外の場合は10万円となります。
- 通所手当の額は、職業訓練受講給付金通所届を参考に、運賃、時間、距離等の事情に照らし安定所が算定した額となります。
- 寄宿手当の額は、支給単位期間につき1万7百円(寄宿していないこと等による日割り減額あり)となります。
- ①欄は、職業訓練受講給付金事前審査通知書に記載された申請番号を記載してください。
- ⑥～⑧欄は、あなたが受講する訓練番号、訓練科名、訓練実施施設名を記載してください。なお、⑥欄について、公共職業訓練を受講する場合は、空欄としてください。
- ⑨欄は、今回の支給申請において、給付金の支給対象となる訓練期間を記入してください。
- ⑩欄について、①の申請番号に係る事前審査を受けたときから現在の間、状況の変化があった場合(例えば、家族状況に変化があった時など)は「あり」と該当する項目にチェック(収入、世帯収入、金融資産については金額の記載も含む。)を入れてください。また、今回支給申請を行う訓練において既に職業訓練受講給付金の支給を受けたことがある場合は、「事前審査時」を「前回職業訓練受講給付金の支給を受けた時」と読み替えてください。
- ⑩欄の「収入」とはあなたの収入を、「世帯収入」はあなたの収入に加え、同居の又は別居の配偶者、子及び父母の収入を合算した収入を指します。
- 職業訓練等を受けなかった日又は職業訓練等を一部のみ受けた日がある場合であって、疾病若しくは負傷又はやむを得ない理由がある場合にはそれを確認できる書類を添付するとともに、⑪欄の「その他」にチェックを入れてください。
- ⑫欄には、該当するものを○で囲んでください。なお、「有」を○で囲んだ場合であって「別居して寄宿していない日」があるときは、その日及び理由を( )内に記載してください。
- ⑫欄の下の申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。



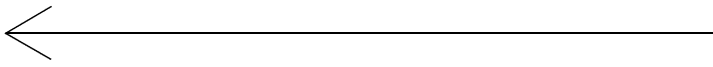
様式第三号（裏面）及び様式第四号から様式第八号まで中「~~付~~」を「~~付~~」に改める。



(東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則の一部改正)

第八十八条 東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則(平成二十三年厚生労働省令第百五十二号)の一部を次のように改正する。

様式第三号(表面)を次のように改める。



# 除染等電離放射線健康診断結果報告書

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種類 80313	労働保険番号	都道府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	被一括事業場番号
---------------	--------	------	----	----	------	-----	----------

対象年 7平成 9令和 元号	年月 (月~月分) (報告回目)	健診年月日	7平成 9令和 元号	年(右ツメ)	月(右ツメ)	日(右ツメ)
-------------------------	------------------	-------	------------------	--------	--------	--------

事業の種類	事業場の名称
-------	--------

事業場の所在地	郵便番号 ( )	電話 ( )
---------	----------	--------

健康診断実施機関の名称及び所在地	在籍労働者数	人
------------------	--------	---

従事労働者数	男	女	計	作業の種類	<input type="checkbox"/> → 1 土壌等の除染等 2 除去土壌の収集、運搬又は保管 3 汚染廃棄物の収集、運搬又は保管 4 特定汚染土壌等の取扱い
	人	人	<input type="text"/>		
有所見者数 <small>(受診所見の内訳は裏面に記入すること。)</small>	男	女	計	具体的内容	[ ]
	人	人	<input type="text"/>		

受診労働者数	実効線量による区分	男		女		計
		人	人	人	人	
1	5ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
2	5ミリシーベルトを超え20ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
3	20ミリシーベルトを超え50ミリシーベルト以下の者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	
4	50ミリシーベルトを超える者	男	人	女	人	<input type="text"/>
		計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	人	

ページ / 総ページ

/

産業医	氏名	印
	所属医療機関の名称及び所在地	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

印

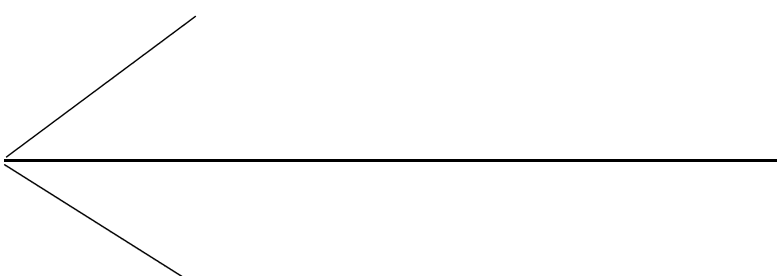
受付印

(厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則の一部改正)

第八十九条 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則(平成二十六年厚生労働省令第三十三号)の一部を次のように改正する。

第一号様式中「平成」を「令和」に改める。

第二号様式を次のように改める。



国家戦略特別区域限定保育士登録申請書													
フリガナ							性別	□ 男 □ 女					
氏名	(姓)			(名)									
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	本籍地 (外国籍の場合は、その国籍)	都道府県	本籍地 コード					
フリガナ													
連絡先住所	都道府県												
郵便番号			電話番号										
試験に合格した年月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月									
合格通知番号													
*科目ごとに合格した年月又は都道府県等が異なる場合は別紙に記入													
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 国家戦略特別区域法(以下「法」という)第12条の5第15項若しくは第17項から第19項までの規定又は児童福祉法の規定その他児童の福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第12条の5第8項において準用する児童福祉法第18条の19第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 児童福祉法第18条の19第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者												
<p style="text-align: right;">べい</p> 私は、国家戦略特別区域限定保育士の登録を受けたいので、上記事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠蔽していないことを誓い、国家戦略特別区域法施行令第9条において準用する児童福祉法施行令第16条の規定に基づき申請します。													
令和    年    月    日 都道府県知事 (市長)    殿													
											氏 名	印	

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。
- 2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。また、文字等の修正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 3 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(別紙)

	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
保育原理	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
教育原理及び社会的養護	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
児童家庭福祉	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
社会福祉	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
保育の心理学	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
子どもの保健	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
子どもの食と栄養	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
保育実習理論	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	合格した年月				合格地	都道府県 (市)														
保育実習実技	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	合格通知番号														
	修了した年月				講習修了地	都道府県 (市)														
講習	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月	修了通知番号														

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。
- 2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。  
また、文字等の修正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A4を使用すること。

(生活困窮者自立支援法施行規則の一部改正)

第九十条 生活困窮者自立支援法施行規則(平成二十七年厚生労働省令第十六号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)を次のように改める。



## 生活困窮者住居確保給付金支給申請書

フリガナ					
①氏名					
②生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	満( )歳
③電話番号				④性別	男・女
申立事項	⑤2年以内に離職したこと				
	離職時期				
	離職した事業所				
	⑥離職前に世帯の生計を主として維持していたこと				
	離職前の雇用状況等、世帯の生計を維持していた状況				
	⑦次の(1)又は(2)のいずれかに該当していること(いずれか該当する方に記載)				
	(1)住居を喪失していること				
	住居を喪失した時期				
	喪失した住居の住所				
	現在の状況				
	(2)住居を喪失するおそれがあること				
	現在の住所				
住居の家主等					
喪失するおそれのある住居の家賃額					
現在の収入状況等、住居喪失のおそれがある理由、状況等					
⑧申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の収入及び預貯金が次のとおりであること					
フリガナ					合計
氏名					
続柄	本人				
性別					
生年月日					
収入(月額)	円	円	円	円	円
預貯金等	円	円	円	円	円
※申請日の属する月の収入(月額)が確実に推計できる場合はその額を、変動あるときは収入の確定している直近3か月の平均収入を記載する。雇用保険の失業等給付、児童扶養手当等各種手当も合算する。					

上記の申立事項に相違なく、生活困窮者自立支援法施行規則(以下「則」という。)第13条の規定により、必要書類を添えて生活困窮者住居確保給付金(以下「住居確保給付金」という。)の支給を申請します。

私の個人情報、住居確保給付金の支給並びに臨時特例つなぎ資金及び総合支援資金の融資を行うために必要となる範囲で、則第4条第1項第2号に規定する都道府県等、公共職業安定所、社会福祉協議会及び自立相談支援機関の間で相互利用されることについて了承します。

また、裏面の注意事項について、同意します。

令和 年 月 日

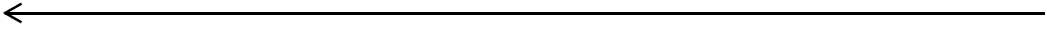
都道府県等の長 殿

申請者氏名

印



様式第二号を次のように改める。



生活困窮者就労訓練事業認定申請書

令和 年 月 日

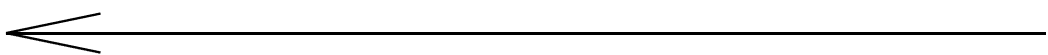
都道府県知事（指定都市・中核市の長）殿

申請者 { 主たる事業所の所在地  
 名称  
 代表者の職・氏名 ㊞

生活困窮者自立支援法（平成 25 年法律第 105 号）第 16 条第 1 項の規定により生活困窮者就労訓練事業の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

生活困窮者就労訓練事業を行う者	名称	(フリガナ)		
	主たる事務所の所在地及び連絡先	郵便番号 ( )		
		電話番号		FAX番号
	法人の種別		法人所轄庁	
代表者の氏名	(フリガナ)			
生活困窮者就労訓練事業が行われる事業所	名称	(フリガナ)		
	所在地及び連絡先	郵便番号 ( )		
		電話番号		FAX番号
	責任者の氏名	(フリガナ)		
生活困窮者就労訓練事業	利用定員の数			
	内容			
	就労等の支援に関する措置に係る責任者の氏名	(フリガナ)		

様式第三号（表面）中「~~中~~」を「~~中~~」に改める。



(青少年の雇用の促進等に関する法律施行規則の一部改正)

第九十一条 青少年の雇用の促進等に関する法律施行規則(平成二十七年厚生労働省令第百五十五号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(第一面から第三面まで)を次のように改める。





4. 認定基準に関する状況

(1) 青少年であることを条件とした求人の申込み又は労働者の募集の状況（通常の労働者として雇い入れることを目的とするものに限る。）

以下について、申請時点で行っているものに○を付すこと。

公共職業安定所への求人	公共職業安定所以外の 職業紹介事業者への求人	自社で直接募集

(2) 数値要件等に関する状況

① 新規学卒者等の定着状況

以下について記載すること。（ニ）については、該当する場合に○を付すこと。

(イ) 直近3事業年度の 新規学卒者等の 採用者数計	(ロ) (イ)のうち 直近の事業年度末時 点における在籍者数 計	(ハ) 離職率 ( (イ-ロ) / イ )	(ニ) 直近3事業年 度の新規学卒者等 の採用実績がない
人	人	%	

※ (イ) 及び (ロ) で記載する数は、企業（法人）全体での数とする。

② その雇用する労働者の育成に関する方針並びにその雇用する労働者の職業能力の開発及び向上を促進するための計画の策定状況

以下について、提出する資料に○を付すこと。

なお、職業能力開発促進法第11条第1項の事業内職業能力開発計画を提出する場合、人材育成方針及び教育訓練計画の記載を必須事項とする。

人材育成方針及び教育訓練計画報告書	職業能力開発促進法第11条第1項の 事業内職業能力開発計画

③ その雇用する労働者（通常の労働者に限る。）の所定外労働時間等の状況

以下について直近の事業年度の実績を記載すること。

月平均所定外労働時間	平均した1月当たりの時間外労働時間が 60時間以上である労働者数
時間	人

④ その雇用する労働者（通常の労働者に限る。）の有給休暇の取得の状況

以下のいずれかについて直近の事業年度の実績を記載すること。

年平均取得率	年平均取得日数
%	日

- ⑤ その雇用する労働者の育児休業等の取得の状況  
 以下について直近の3事業年度の実績を記載すること。(ハ)及び(ニ)については、  
 該当する場合に○を付すこと。

(イ) 男性 育児休業等 取得者数	(ロ) 女性 育児休業等 取得率	(ハ) (イ) 及び (ロ) の実績が ない場合、育児 休業等制度が整 備されている	(ニ) 次世代育成支援対策推進法第 13 条 又は第 15 条の 2 の認定を受けている ※ 直近の認定取得年度を右欄に記載すること
人	%		

作成担当者 氏名	作成担当者所属先 (部署名)	作成担当者所属先 (住所)	作成担当者所属先 (電話番号)

様式第二号（第一面及び第二面）を次のように改める。







4. 認定基準に関する状況

① 新規学卒者等の定着状況

以下について記載すること。(ニ)については、該当する場合に○を付すこと。

(イ) 直近3事業年度の新規学卒者等の採用者数計	(ロ) (イ)のうち直近の事業年度末時点における在籍者数計	(ハ) 離職率 ( (イ-ロ) / イ )	(ニ) 直近3事業年度の新規学卒者等の採用実績がない
人	人	%	

※ (イ) 及び (ロ) で記載する数は、企業 (法人) 全体での数とする。

② その雇用する労働者の育成に関する方針並びにその雇用する労働者の職業能力の開発及び向上を促進するための計画の策定状況

以下について、提出する資料に○を付すこと。

なお、職業能力開発促進法第11条第1項の事業内職業能力開発計画を提出する場合、人材育成方針及び教育訓練計画の記載を必須事項とする。

人材育成方針及び教育訓練計画報告書	職業能力開発促進法第11条第1項の事業内職業能力開発計画

③ その雇用する労働者 (通常の労働者に限る。) の所定外労働時間等の状況

以下について直近の事業年度の実績を記載すること。

月平均所定外労働時間	平均した1月当たりの時間外労働時間が60時間以上である労働者数
時間	人

④ その雇用する労働者 (通常の労働者に限る。) の有給休暇の取得の状況

以下のいずれかについて直近の事業年度の実績を記載すること。

年平均取得率	年平均取得日数
%	日

⑤ その雇用する労働者の育児休業等の取得の状況

以下について直近の3事業年度の実績を記載すること。(ハ) 及び (ニ) については、該当する場合に○を付すこと。

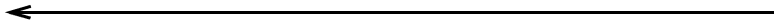
(イ) 男性 育児休業等 取得者数	(ロ) 女性 育児休業等 取得率	(ハ) (イ) 及び (ロ) の実績がない場合、育児休業等制度が整備されている	(ニ) 次世代育成支援対策推進法第13条又は第15条の2の認定を受けている ※直近の認定取得年度を右欄に記載すること
人	%		

作成担当者 氏名	作成担当者所属先 (部署名)	作成担当者所属先 (住所)	作成担当者所属先 (電話番号)

(女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画等に関する省令の一部改正)  
正)

第九十二条 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画等に関する省令  
(平成二十七年厚生労働省令第百六十二号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(第一面から第五面まで)を次のように改める。



基準適合一般事業主認定申請書

都道府県労働局長 殿

申請年月日 令和 年 月 日

(ふりがな)  
 一般事業主の氏名又は名称  
 (ふりがな)  
 (法人の場合) 代表者の氏名

印

主たる事業(大分類: )  
 ※製造業のみ記入(中分類: )

住所 〒

電話番号

女性の職業生活における活躍の推進に関する法律第9条の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 現在取り組んでいる一般事業主行動計画

- (1) 一般事業主行動計画策定届を届け出た日 平成・令和 年 月 日
- (2) 一般事業主行動計画策定届の届出先 労働局長
- (3) 計画期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

- 2. 常時雇用する労働者の数 人
  - ┌ 男性労働者の数 人
  - └ 女性労働者の数 人

3. 女性の職業生活における活躍に関する状況(直近の事業年度をXとする。以下同じ。)

(1) 採用に関する状況

① 直近の3事業年度の男女別の採用における競争倍率(記載要領7を参照)

直近の3事業年度の平均	雇用管理区分	女性の競争倍率(A)	男性の競争倍率(B)	(A) × 0.8 = (C)
(X)年度～ (X-2)年度の平均				

② (①の(C)が(B)以上の事業主のみ記入)

	雇用管理区分	女性の競争倍率(A)	男性の競争倍率(B)	(B)/(A)
(X)年度～ (X-2)年度の平均				
①の前年度までの3事業年度の平均 (X-1)年度～ (X-3)年度の平均				
①の前々年度までの3事業年度の平均 (X-2)年度～ (X-4)年度の平均				

認定申請の担当部局名	
(ふりがな) 担当者の氏名	

(2) 継続就業に関する状況 (i 又は ii のうちいずれかを記入)

(i) 平均継続勤務年数の男女差 (記載要領 8 を参照)

① 直近の事業年度における男女別の平均継続勤務年数

直近の事業年度	雇用管理区分	女性の平均継続勤務年数 (A)	男性の平均継続勤務年数 (B)	(A) / (B) = (C)
(X)年度				

② (①の (C) が0.7未満の事業主のみ記入)

①の直前の2事業年度	雇用管理区分	女性の平均継続勤務年数 (A)	男性の平均継続勤務年数 (B)	(A) / (B) = (C)
(X-1)年度				
(X-2)年度				

(ii) 十事業年度前及びその前後の事業年度に採用した労働者の継続雇用割合 (記載要領 9 を参照)

① 直近の事業年度における男女別の継続雇用割合

直近の事業年度	雇用管理区分	女性の継続雇用割合 (A)	男性の継続雇用割合 (B)	(A) / (B) = (C)
(X)年度				

② (①の (C) が0.8未満の事業主のみ記入)

①の直前の2事業年度	雇用管理区分	女性の継続雇用割合 (A)	男性の継続雇用割合 (B)	(A) / (B) = (C)
(X-1)年度				
(X-2)年度				

(3) 時間外労働及び休日労働に関する状況

- ① 直近の事業年度における労働者一人当たりの各月ごとの時間外労働及び休日労働の合計時間数

直近の事業年度	雇用管理区分	各月の時間外労働及び休日労働の時間数					
		1月	2月	3月	4月	5月	6月
(X)年度							
		7月	8月	9月	10月	11月	12月
		1月	2月	3月	4月	5月	6月
		7月	8月	9月	10月	11月	12月

- ② (①の時間外労働及び休日労働の合計時間数が45時間以上の月がある事業主のみ記入)

①を含む直近の3事業年度	雇用管理区分	時間外労働及び休日労働の時間数が月45時間以上の月数	一人当たりの時間外労働及び休日労働の一月当たりの時間数
(X)年度 (※①の事業年度)			
(X-1)年度			
(X-2)年度			

(4) 管理職に関する状況 (i 又は ii のうちいずれかを記入)

- (i) 管理職に占める女性労働者の割合 (記載要領10、11を参照)

- ① 直近の事業年度における管理職に占める女性労働者の割合

直近の事業年度	管理職に占める女性労働者の割合	産業平均値
(X)年度		

- ② (①の割合が産業平均値未満である事業主のみ記入)

①の直前の2事業年度	管理職に占める女性労働者の割合
(X-1)年度	
(X-2)年度	

- (ii) 課長級より一つ下の職階から課長級に昇進した割合 (記載要領12を参照)

- ① 直近の3事業年度における男女別の課長級より一つ下の職階から課長級に昇進した割合

直近の3事業年度	女性の昇進割合 (A)	男性の昇進割合 (B)	(A)/(B)=(C)
(X)年度～ (X-2)年度の平均			

② (①の(C)が0.8未満である事業主のみ記入)

	女性の昇進割合 (A)	男性の昇進割合 (B)	(A)/(B)=(C)
①の前年度までの 3事業年度の平均 (X-1)年度～ (X-3)年度の平均			
①の前々年度までの 3事業年度の平均 (X-2)年度～ (X-4)年度の平均			

(5) 多様なキャリアコースに関する状況

(直近の事業年度における通常の労働者への転換等、中途採用及び再雇用の状況)

直近の3事業年度	実施した措置	人数
(X)年度～ (X-2)年度	ア 通常の労働者への転換、派遣労働者の雇入れ	
	イ キャリアアップに資するような雇用管理区分間の転換	
	ウ 女性の通常の労働者としての再雇用（定年後の再雇用を除く。）	
	エ おおむね30歳以上の女性の通常の労働者としての中途採用	

4. 3において基準を満たした項目名及び当該実績を公表した日（該当するもののみを記入）

項目名	実績を厚生労働省のウェブサイト に公表した日
(1) 採用に関する状況	平成・令和 年 月 日
(2) 継続就業に関する状況	平成・令和 年 月 日
(3) 時間外労働及び休日労働に関する状況	平成・令和 年 月 日
(4) 管理職に関する状況	平成・令和 年 月 日
(5) 多様なキャリアコース	平成・令和 年 月 日

5. 3において基準を満たさなかった項目名に係る取組の実施状況を公表した日（該当するもののみを記入）

項目名	措置の分類 (3(5)のアからエまでの該当する措置を記入)	取組状況を厚生労働省のウェブサイト に公表した日
(1) 採用に関する状況	/	平成・令和 年 月 日
(2) 継続就業に関する状況		平成・令和 年 月 日
(3) 時間外労働及び休日労働に関する状況		平成・令和 年 月 日
(4) 管理職に関する状況		平成・令和 年 月 日
(5) 多様なキャリアコース		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日

(注) 次の①から④までの書類を添付すること。

- ① 計画期間に申請年月日を含む一般事業主行動計画の写し
- ② ①の行動計画の労働者への周知及び公表を行っていることを明らかにする書類（公表先のウェブサイトの画面を印刷した書類等）であってその日付が分かるもの
- ③ 3の実績を明らかにする書類（都道府県労働局長が求める資料の写し）
- ④ 4及び5の公表を明らかにする書類（公表先の厚生労働省のウェブサイトの画面を印刷した書類）であってその日付が分かるもの



(医療法人会計基準の一部改正)

第九十三条 医療法人会計基準（平成二十八年厚生労働省令第九十五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号中「~~長~~」を「~~中~~」に改める。

様式第二号を次のように改める。



様式第二号（第十七条関係）

法人名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

※医療法人整理番号 

--	--	--	--	--

損 益 計 算 書  
 （自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日）

（単位：千円）

科 目	金 額	
<b>I 事業損益</b>		
<b>A 本来業務事業損益</b>		
1 事業収益		×××
2 事業費用		
(1) 事業費	×××	
(2) 本部費	×××	×××
<b>本来業務事業利益</b>		×××
<b>B 附帯業務事業損益</b>		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
<b>附帯業務事業利益</b>		×××
<b>C 収益業務事業損益</b>		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
<b>収益業務事業利益</b>		×××
<b>事業利益</b>		×××
<b>II 事業外収益</b>		
受取利息	×××	
その他の事業外収益	×××	×××
<b>III 事業外費用</b>		
支払利息	×××	
その他の事業外費用	×××	×××
<b>経常利益</b>		×××
<b>IV 特別利益</b>		
固定資産売却益	×××	
その他の特別利益	×××	×××
<b>V 特別損失</b>		
固定資産売却損	×××	
その他の特別損失	×××	×××
<b>税引前当期純利益</b>		×××
法人税・住民税及び事業税	×××	
法人税等調整額	×××	×××
<b>当期純利益</b>		×××

- (注) 1. 利益がマイナスとなる場合には、「利益」を「損失」と表示すること。  
 2. 表中の科目について、不要な科目は削除しても差し支えないこと。また、別に表示することが適当であると認められるものについては、当該事業損益、事業外収益、事業外費用、特別利益及び特別損失を示す名称を付した科目をもって、別に掲記することを妨げないこと。

(地域医療連携推進法人会計基準の一部改正)

第九十四条 地域医療連携推進法人会計基準（平成二十九年厚生労働省令第十九号）の一部を次のように改

正する。

様式第一号中「~~長~~」を「~~中~~」に改める。

様式第二号を次のように改める。



様式第二号

地域医療連携推進法人名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

損益計算書

(平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで)

(単位：円)

科 目	金 額	
1. 経常損益の部		
(1) 経常収益		
事業収益		
受取会費		
受取補助金等		
受取寄付金		
受取利息		
雑収益		
経常収益計		
(2) 経常費用		
事業費		
給料手当		
退職給付費用		
旅費交通費		
通信運搬費		
減価償却費		
消耗品費		
修繕費		
印刷製本費		
光熱水料費		
賃借料		
保険料		
租税公課		
支払利息		
雑費		
管理費		
役員報酬		
給料手当		
退職給付費用		
旅費交通費		
通信運搬費		
減価償却費		
消耗品費		
修繕費		
印刷製本費		
光熱水料費		
賃借料		
保険料		
租税公課		
支払利息		
雑費		
経常費用計		
経常利益		
2. 特別損益の部		
(1) 特別利益		
固定資産売却益		
特別利益計		
(2) 特別損失		
固定資産売却損		
特別損失計		
税引前当期純利益		
法人税、住民税及び事業税		
法人税等調整額		
当期純利益		

(作成上の留意事項)

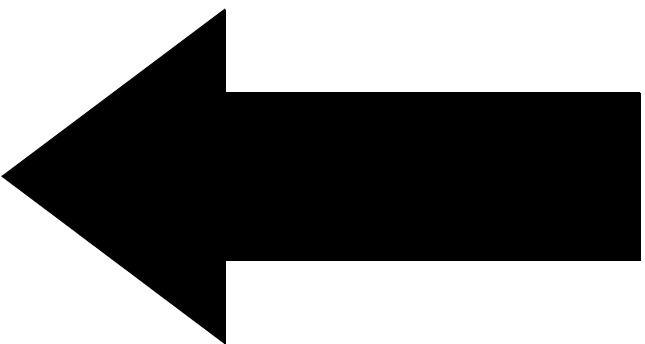
- ・利益がマイナスとなる場合には、「利益」を「損失」と表示すること。
- ・表中の勘定科目については、不要な科目は削除しても差し支えないこと。また、別に表示することが適当であると認められる科目については、追加することができるものとする。

（年金生活者支援給付金の支給に関する法律施行規則の一部改正）

第九十五条 年金生活者支援給付金の支給に関する法律施行規則（平成三十年厚生労働省令第百五十一号）

の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号を次のように改める。



様式第一号（第二条第二項第三号及び第十七条第二項第三号関係）

老齡 年金生活者支援給付金 所得・世帯状況届  
補足的老齡

日本年金機構理事長 殿

令和 年度

令和 年 月 日提出

住	所	
請 求 者	個人番号(または基礎年金番号) 年金コード	
	氏 名	Ⓜ
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	合 計 所 得 金 額 (地方税法第292条第1項第13号)	円
	公 的 年 金 等 収 入 金 額	円
	公 的 年 金 等 に 係 る 雑 所 得 の 金 額	円
	※ 前 年 所 得 合 計 額	円
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
世 帯 員 1	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
世 帯 員 2	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
世 帯 員 3	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
世 帯 員 4	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
世 帯 員 5	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	課 税 状 況 ( 均 等 割 )	課税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 課税台帳なし
そ の 他		
※ 審 査		
※ 上記のとおり、相違ありません。		
令和 年 月 日	市町村長	Ⓜ

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

備 考 1. 用紙の寸法は、日本工業規格A列4番とする。

2. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

様式第二号（第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係）

障害年金生活者支援給付金 所得状況届  
遺族

日本年金機構理事長 殿

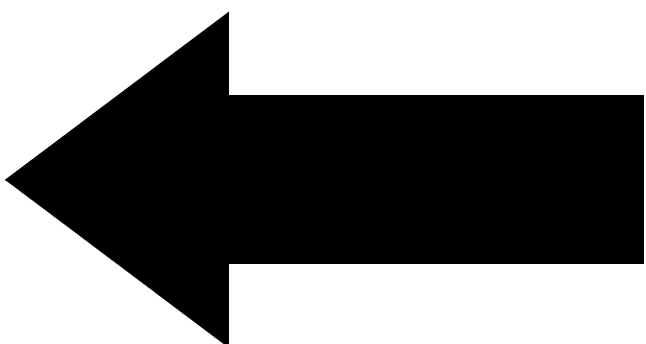
令和 年度 令和 年 月 日提出

請 求 者	個人番号(または基礎年金番号) 年金コード		
	氏 名		㊞
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	住 所		
	控除対象配偶者および扶養親族の合 計数	(うち老人控除対象配偶者および老人扶養親族の合計数 人) (うち特定扶養親族の数 人) (うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数 人)	
	同一生計配偶者(控除対象配偶者を除 く。)の有無	有(70歳以上・70歳未満) ・ 無	
	前 年 所 得 合 計 額		円
	雑 損		円
	医 療 費		円
	社 会 保 険 料		円
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金		円
	配 偶 者 特 別		円
	控 除 障害者(特別障害者を除く。)である 控除対象配偶者、扶養親族および同 一生計配偶者の合計数		人
	特別障害者である控除対象配偶者、 扶養親族および同一生計配偶者の 合計数		人
	障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・ 寡婦の特例・勤労学生の別	障 ・ 特障 ・ 寡 ・ 寡特 ・ 勤	
地方税法附則第6条第1項の免除 に係る所得額		円	
※控 除 後 の 所 得 額		円	
そ の 他			
※ 審 査			
※ 上記のとおり、相違ありません。			
令和 年 月 日	市町村長	㊞	

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

- 備 考 1. 用紙の寸法は、日本工業規格A列4番とする。  
2. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

様式第三号（表面）、様式第四号、様式第五号及び様式第七号から様式第九号までの様式中「~~付~~」を「~~付~~」に改める。





## 附 則

### (施行期日)

第一条 この省令は、公布の日から施行する。

### (経過措置)

第二条 この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。

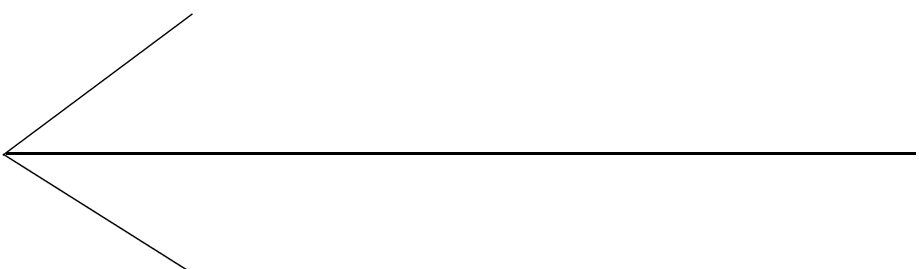
2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

（生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令の一部改正）

第三条 生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（平成三十年厚生労働省令第一百七号）の一部を次のように改正する。

第四条中児童扶養手当法施行規則様式第五号の四の次に一様式を加える改正規定を次のように改める。

様式第五号の四の次に次の一様式を加える。



（表 面）

※※整理番号 第 号		※市区町村 受付年月日 令和 . .		※町村提出 令和 . . 号		※町村再提出 令和 . . 号	
<b>児 童 扶 養 手 当 所 得 状 況 届</b>							
①証書番号	第 号	②氏名			③住所		
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							
④ 平成・令和 年分所得		⑤ 請求者		⑥ 配偶者		⑦ 扶 養 義 務 者	
氏 名							
⑧ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(請求者については、④老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数⑨特定扶養親族の数⑩16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))		( ④ 人 ) ( ⑨ 人 ) ( ⑩ 人 )		( 人 )		( 人 )	
⑨ ⑧以外で前年の12月31日において請求者によって生計を維持していた児童		人					
所 得 額	⑩ 児童扶養手当法施行令第4条第1項による所得の額	円	※ 円	円	※ 円	円	※ 円
	⑪ 児童扶養手当法施行令第3条に定める金品等の額						
	母又は父に対し支払われた額						
	母又は父に対し支払われた額の8割相当額 A						
	児童に対し支払われた額						
	児童に対し支払われた額の8割相当額 B						
合 計 A+B							
控 除	⑫ 障 害 者 控 除	障 特 人 人	円	障 特 人 人	円	障 特 人 人	円
	⑬ 寡婦控除・寡婦控除特別加算(請求者が母の場合は控除しない。)、寡夫控除(請求者が父の場合は控除しない。)、勤労学生控除等	寡・寡特・勤・みなし(寡・寡特)	円	寡・寡特・勤・みなし(寡・寡特)	円	寡・寡特・勤・みなし(寡・寡特)	円
	⑭ 雑 損 控 除	円	円	円	円	円	円
	⑮ 医 療 費 控 除	円	円	円	円	円	円
	⑯ 小規模企業共済等掛金控除	円	円	円	円	円	円
	⑰ 配 偶 者 特 別 控 除	円	円	円	円	円	円
	⑱ 地方税法附則第6条第1項による免除(肉用牛の売却による事業所得)	円	円	円	円	円	円
児童扶養手当法施行令第4条第1項による控除			円		円		円
⑲ 控 除 後 の 所 得 額			円		円		円
所 得 制 限 限 度 額	全 部 支 給		円		円		円
	一 部 支 給		円				
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 令和 年 月 日 都道府県知事(福祉事務所長) } 殿 市 町 村 長(福祉事務所長) } 氏 名 ⑳							
※ 審 査	支給停止の状況	前 年 度			今 年 度		
		支給 ・ 一部停止 ・ 全部停止			支給 ・ 一部停止 ・ 全部停止		
	本年又は前年の被災の有無	有 ( ) ・ 無 令和 . .		その他の事項			
上記のとおり、相違ありません。 令和 年 月 日 町 村 長 ㉑							

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要はありません。字は楷書ではつきりと書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

注意

- 1 この届けは、請求をした日からその年の10月31日までの間に出してください。この期間中に提出がない場合には、手当の支払が差し止められることがあります。
  - 2 ①の欄の「証書番号」は、児童扶養手当証書の交付を受けていない人は記入する必要はありません。
  - 3 ⑦の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合にはあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
  - 4 ⑧の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。  
なお、地方税法に定める老人控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（ ）内に再掲してください。
    - (1) 請求者については、㊸に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㊹に特定扶養親族の数を、㊺に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
    - (2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
  - 5 ⑨の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
  - 6 ⑩の欄は、前年の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
  - 7 ⑪の欄は、請求者が母である場合には、その児童の父から、請求者が父である場合には、その児童の母から、対象児童についての扶養義務を履行するための費用として受け取った金品等の所得の金額を記入するとともに、それぞれ母若しくは父又は児童に支払われた額とその金額の8割に相当する額（1円未満四捨五入）を記入し、合計の欄には、それぞれの金額の8割に相当する額の合計額を記入してください。
  - 8 ⑬の欄は、寡婦控除、寡婦控除特別加算若しくは寡夫控除（以下「寡婦控除等」という。）又は勤労学生控除を受けた場合は、その額（寡婦控除等のみなし適用を申請する場合は、その額）を記入してください。なお、請求者が母である場合には、寡婦控除及び寡婦控除特別加算の額、請求者が父である場合には、寡夫控除の額は控除しません。
  - 9 この届けに添えなければならない書類は、次のとおりです。なお、省略できるものがある場合もありますので、市役所、区役所又は町村役場の人に確認してください。
    - (1) 請求者（母又は父を除く。）又はその扶養義務者に関し、寡婦控除等のみなし適用を希望する場合は、その事実を明らかにすることができる書類（当該者の戸籍の謄本又は抄本等）
    - (2) このほかの書類も必要になる場合がありますので、詳しいことは市役所、区役所又は町村役場の人に聞いてください。
  - 10 この届け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。
- ◎ 虚偽の内容を記載した場合には、手当額の全部又は一部の返還のほか、一定の金額の納付を命ぜられ、また、処罰される場合があります。

(働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備及び経過措置に関する省令の一部改正)

第四条 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備及び経過措置に関する省令(平成三十年厚生労働省令第五百五十三号)の一部を次のように改正する。

第八条中次世代育成支援対策推進法施行規則様式第二号及び様式第三号の改正規定を次のように改める。

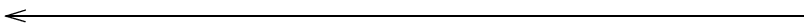
様式第二号及び様式第三号中「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律(平成5年法律第76号)第2条」を「短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律(平成5年法律第76号)第2条第1項」に改める。

(健康増進法施行規則等の一部を改正する省令の一部改正)

第五条 健康増進法施行規則等の一部を改正する省令(平成三十一年厚生労働省令第十七号)の一部を次のように改正する。

第一条中健康増進法施行規則別記様式第二号の次に様式を加える改正規定を次のように改める。

別記様式第二号の次に次の様式を加える。



写 真	
第 号	所 属 庁
氏 名	生年月日
健康増進法第二十五条の九第二項の規定による立入検査証	
令和 年 月 日 発行 (使用期間一年)	

12cm

8 cm

この証票を携帯する者は、健康増進法により立入検査又は質問をする職権を行う者で、その関係条文は次のとおりである。

健康増進法抜粋  
(立入検査等)

第二十五条の九 都道府県知事は、この節の規定の施行に必要な限度において、特定施設の管理権原者等に対し、当該特定施設の喫煙禁止場所における専ら喫煙の用に供させるための器具及び設備の撤去その他の受動喫煙を防止するための措置の実施状況に関し報告をさせ、又はその職員に、特定施設に立ち入り、当該措置の実施状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

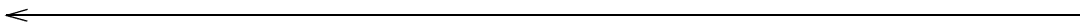
2 前項の規定により立入検査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

写真面及び職員の証面には、所属庁の庁印を押すものとする。

第二条中健康増進法施行規則別記様式第一号、第二号及び第三号の改正規定を次のように改める。

別記様式第一号、第二号及び第三号を次のように改める。





写 真	
第 号 所 属 庁 氏 名 生 年 月 日 令 和 年 月 日 発 行 (使用期間二月)	

12cm

8 cm

この証票を携帯する者は、健康増進法により国民健康・栄養調査員の職務を行う者で、その関係条文は次のとおりである。

健康増進法抜粋

(国民健康・栄養調査員)

第十二条 都道府県知事は、その行う国民健康・栄養調査の実施のために必要があるときは、国民健康・栄養調査員を置くことができる。

第七十条 国民健康・栄養調査に関する事務に従事した公務員、研究所の職員若しくは国民健康・栄養調査員又はこれらの職にあつた者が、その職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

健康増進法施行規則抜粋

(国民健康・栄養調査員)

第三条 国民健康・栄養調査員は、医師、管理栄養士、保健師その他の者のうちから、毎年、都道府県知事が任命する。

(国民健康・栄養調査員の身分を示す証票)

第四条 国民健康・栄養調査員は、その職務を行う場合には、その身分を示す証票を携帯し、かつ、関係者の請求があるときには、これを提示しなければならない。

写真面及び調査員の証票には、所属庁の庁印を押すものとする。

写真 真	第 号	所 属 庁	氏 名	生 年 月 日	栄 養 指 導 員 の 証	令 和 年 月 日 発 行	(使用期間一年)
12cm							
8 cm							

この証票を携帯する者は、健康増進法により栄養指導員の職務を行う者で、その関係条文は次のとおりである。

健康増進法抜粋  
(栄養指導員)

第十九条 都道府県知事は、前条第一項に規定する業務(同項第一号及び第二号に掲げる業務)については、栄養指導に係るものに限る。(を行う者として、医師又は管理栄養士の資格を有する都道府県、保健所を設置する市又は特別区の職員のうちから、栄養指導員を命ずるものとする。

(立入検査等)

第二十四条 都道府県知事は、第二十一条第一項又は第三項の規定による栄養管理の実施を確保するため必要があるときは、特定給食施設の設定者若しくは管理者に対し、その業務に関し報告をさせ、又は栄養指導員に、当該施設に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査又は質問をする栄養指導員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

写真面及び指導員の証面には、所属庁の庁印を押すものとする。

第 号	第 号 所 属 庁 氏 名 生年月日 令和 年 月 日 発行 (使用期間一年)	8 cm
--------	--	------

この証票を携帯する者は、健康増進法により立入検査又は質問をする職権を行う者で、その関係条文は次のとおりである。

健康増進法抜粋  
(立入検査等)

第二十八条 都道府県知事は、この節の規定の施行に必要な限度において、特定施設等の管理権原者等に対し、当該特定施設等の喫煙禁止場所における専ら喫煙の用に供させるための器具及び設備の撤去その他の受動喫煙を防止するための措置の実施状況に関し報告をさせ、又はその職員に、特定施設等に立ち入り、当該措置の実施状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

写真面及び職員の証面には、所属庁の庁印を押すものとする。

附則様式第一号から第三号までを次のように改める。



※ 届出受理番号	
----------	--

喫煙可能室設置施設 届出書

令和 年 月 日

殿

届出者

印

健康増進法施行規則等の一部を改正する省令附則第2条第6項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 喫煙可能室設置施設	(ふりがな) ①名称	
	②-1 所在地	〒 — (電話 — — )
	②-2 車両番号等	
	③営業許可番号	第 号
	④営業許可日	年 月 日
2 管理権原者	(ふりがな) ①氏名（法人にあっては、その名称）	
	(ふりがな) ②法人にあっては、その代表者の氏名	
	③住所（法人にあっては、その主たる事務所の所在地）	〒 — (電話 — — )
3 備考		

(注意)

- ※印欄には、記載をしないこと。
- 1 欄②は、②-1 又は②-2 のいずれかに記載すること。
- 2 欄については、管理権原者が法人の場合には①②及び③欄に記載すること。それ以外の場合は①及び③欄に記載すること。
- 3 欄には、届出に係る担当者の氏名、職名及び連絡先を記載すること。その他伝達事項があれば併せて記載すること。

※ 変更届出受理番号	
------------	--

喫煙可能室設置施設 変更届出書

令和 年 月 日

殿

届出者

印

健康増進法施行規則等の一部を改正する省令附則第2条第7項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 喫煙可能室設置施設	(ふりがな) ①名称	
	②-1 所在地	〒 — (電話 — — )
	②-2 車両番号等	
	③営業許可番号	第 号
	④営業許可日	年 月 日
2 管理権原者	(ふりがな) ①氏名（法人にあっては、その名称）	
	(ふりがな) ②法人にあっては、その代表者の氏名	
	③住所（法人にあっては、その主たる事務所の所在地）	〒 — (電話 — — )
3 内容変更	①変更前	
	②変更後	
	③変更日	年 月 日
4 備考		

(注意)

- ※印欄には、記載をしないこと。
- 1 欄及び2 欄は、変更届出までの事項を記載すること。
- 1 欄②は、②-1 又は②-2 のいずれかに記載すること。
- 2 欄については、管理権原者が法人の場合には①②及び③欄に記載すること。それ以外の場合は①及び③欄に記載すること。
- 4 欄には、変更届出に係る担当者の氏名、職名及び連絡先を記載すること。その他伝達事項があれば併せて記載すること。

※ 廃止届出受理番号	
------------	--

## 喫煙可能室設置施設 廃止届出書

令和 年 月 日

殿

届出者 ㊟

健康増進法施行規則等の一部を改正する省令附則第2条第8項の規定により下記のとおり届け出ます。

### 記

1 喫煙可能室設置施設	(ふりがな)	
	①名称	
	②-1 所在地	〒      —  (電話      —      —      )
	②-2 車両番号等	
	③営業許可番号	第      号
④営業許可日	年      月      日	
2 管理権原者	(ふりがな)	
	①氏名 (法人にあっては、その名称)	
	(ふりがな)	
②法人にあっては、その代表者の氏名		
③住所 (法人にあっては、その主たる事務所の所在地)	〒      —  (電話      —      —      )	
3 内容 廃止	①廃止理由	
	②廃止日	年      月      日
4 備考		

(注意)

- 1 ※印欄には、記載をしないこと。
- 2 1欄及び2欄は、廃止届出までの事項を記載すること。
- 3 1欄②は、②-1又は②-2のいずれかに記載すること。
- 4 2欄については、管理権原者が法人の場合には①②及び③欄に記載すること。それ以外の場合は①及び③欄に記載すること。
- 5 4欄には、廃止届出に係る担当者の氏名、職名及び連絡先を記載すること。その他伝達事項があれば併せて記載すること。

この証票を携帯する者は、健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)により立入検査又は質問をする職権を行う者で、その関係条文は次のとおりである。

健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)附則抜粋

第二条

5 都道府県知事(保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。次条第三項において同じ。)は、この条の規定の施行に必要な限度において、喫煙可能室設置施設の管理権原者等に対し、当該喫煙可能室設置施設の状態その他必要な事項に関し報告をさせ、又はその職員に、喫煙可能室設置施設に立ち入り、当該喫煙可能室設置施設の状態若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

6 前項の規定により立入検査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

7 第五項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

写真面及び職員の証票には、所属庁の庁印を押すものとする。

第 号	<p>健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)附則第二条第六項の規定による立入検査証</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>令和 年 月 日 発行 (使用期間一年)</p>	<p>写 真</p>
8 cm		

12cm



12cm	
<p>第 号</p> <p>所 属 庁</p> <p>氏 名</p> <p>生年月日</p> <p>健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)附則第三条第四項の規定 による立入検査証</p> <p>令和 年 月 日 発行 (使用期間一年)</p>	<p>写 真</p>

<p>この証票を携帯する者は、健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)により立入検査又は質問をする職権を行う者で、その関係条文は次のとおりである。</p> <p>健康増進法の一部を改正する法律(平成三十年法律第七十八号)附則抜粋</p> <p>第三条</p> <p>3 都道府県知事は、この条の規定の施行に必要な限度において、指定たばこ専用喫煙室設置施設等の管理権原者等に対し、当該指定たばこ専用喫煙室設置施設等の状況その他必要な事項に関し報告をさせ、又はその職員に、指定たばこ専用喫煙室設置施設等に立ち入り、当該指定たばこ専用喫煙室設置施設等の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。</p> <p>4 前項の規定により立入検査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。</p> <p>5 第三項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p>	<p>8 cm</p>
--	-------------

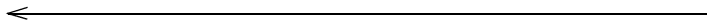
写真面及び職員の証面には、所属庁の庁印を押すものとする。

(雇用保険法施行規則の一部を改正する省令の一部改正)

第六条 雇用保険法施行規則の一部を改正する省令(平成三十一年厚生労働省令第十九号)の一部を次のように改正する。

様式第四号の改正規定を次のように改める。

様式第四号を次のように改める。



様式第4号 (第7条関係) (第1面)

# 雇用保険被保険者資格喪失届

標準  
字体   
(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

帳票種別

1. 被保険者番号   
2. 事業所番号   
3. 資格取得年月日

4. 離職年月日 (元号 4 平成 5 令和) 5. 喪失原因 (1 離職以外の理由 (2 3以外の離職 (3 事業主の都合による離職) 6. 離職票交付希望 (1 有 (2 無) 7. 1週間の所定労働時間 8. 補充採用予定の有無 (空白無) (1 有)

9. 新氏名   
フリガナ (カタカナ)

10. 個人番号   
11. 喪失時被保険者種類 (3 季節) 12. 国籍・地域コード   
13. 在留資格コード (17欄に対応するコード) (18欄に対応するコード) (を記入)

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間						
被保険者の住所又は居所			事業所名称略称			
被保険者でなくなったことの原因及び被保険者に氏名変更があった場合は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住所 令和 年 月 日  
事業主氏名 記名押印又は署名  
電話番号 印  
公共職業安定所長 殿

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者	社会保険 労務記載欄	氏名	電話番号
						作成年月日・提出代行者・職務代理者の表示	印	

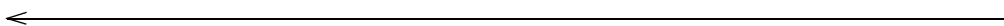
(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)



様式第九号の二の改正規定を次のように改める。

様式第九号の二を次のように改める。





**注 意**

- 1 この届は、被保険者が国と民間企業との間の人事交流に関する法律第21条第1項に規定する雇用継続交流採用職員でなくなったときに、これを雇用する事業主が、当該事実のあった日の翌日から起算して10日以内に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所の長に提出してください。
- 2 この届の提出にあたっては、当該被保険者が雇用継続交流採用職員でなくなったことの実態及び雇用継続交流採用職員であった期間を証明することができる書類を添えてください。
- 3 届の記載について
  - (1) □□□□ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
  - (2) 記載すべき事項のない欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
  - (3) 枠からはみださないように大きめのカタカナ、漢字（3、4及び12欄に限る。）又はアラビア数字の標準字体により明瞭に記載してください。

この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：団→団□、バ→バ□）、また、「中」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
  - (4) 1欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。

2欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。

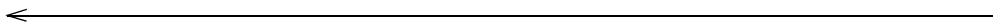
なお、被保険者番号が16桁（上下段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。
  - (5) 3、4及び5欄について、被保険者に氏名変更があった場合は、新氏名を記載するとともに、12及び13欄を記載してください。

5欄は、被保険者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けてください。
  - (6) 6欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：昭和51年2月2日→3□5□1□0□2□0□2□）
  - (7) 7欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている資格取得年月日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (8) 8欄には、被保険者が雇用継続交流採用を開始した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (9) 9欄には、被保険者が雇用継続交流採用を終了した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
  - (10) 10欄の官署コードは、該当する官署の番号を記載してください。
  - (11) 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記してください。
  - (12) 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

※	公 共 職 業 安 定 所 記 載 欄
確認通知 令和 年 月 日	

様式第十号の改正規定を次のように改める。

様式第十号を次のように改める。







## 注 意

- 1 帳票の提出に際しては、第1面に記載する届出に係る被保険者の既交付の雇用保険被保険者証及び雇用保険被保険者資格喪失届を添付すること。
- 2 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 3 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 4 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。  
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い、また、「ㇿ」及び「ㇾ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 5 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。  
なお、事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 6 1欄には被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。  
なお、被保険者番号が16桁（上下2段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載すること。この場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内に記載し、最後の枠は空枠とすること。  
(例：

4	6	0	1	1	8	*	*	*	*
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

→

1	3	0	1	5	4	3	2	1	0	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

)
- 7 2欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。  
(例：昭和51年5月6日→

3	5	0	5	0	6
---	---	---	---	---	---

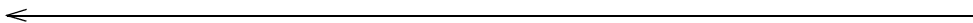
)
- 8 3欄のフリガナ欄には、その者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。  
被保険者に氏名変更があった場合は、新氏名を記載するとともに、10及び11欄を記載すること。
- 9 4欄には在留カードに記載されている順にローマ字氏名を記載すること。
- 10 5欄には資格取得年月日を記載すること。なお、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。  
(例：平成10年3月1日→

4	1	0	0	3	0	1
---	---	---	---	---	---	---

)
- 11 6欄については、当該被保険者が8欄の日に所属する、当該届出を行う事業所の事業所番号を記載すること。事業所番号が10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。
- 12 7欄は転勤前の事業所の事業所番号を記載すること。なお、事業所番号が10桁の構成である場合の記載については上記11と同様とすること。
- 13 8欄は転勤の年月日を記載すること。なお、年、月又は日が1桁の場合は、上記10のなお書きと同様に記載すること。
- 14 9欄には7欄に記載した事業所の事業所名称及び所在地を記載すること。
- 15 本手続は電子申請による届出も可能であること。  
なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式第十号の二の改正規定を次のように改める。

様式第十号の二を次のように改める。





**注 意**

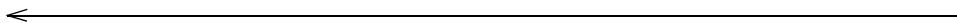
- 1 □□□□ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記載し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。  
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→ガ<sup>°</sup>、パ→パ<sup>°</sup>）、また「キ」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 1欄には、新規に個人番号を登録する場合は「1」を、登録した個人番号を変更する場合は「2」を記載すること。
- 5 2欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 6 個人番号（マイナンバー）の変更を届け出る場合は、2欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、変更後の個人番号（マイナンバー）を記載し、3欄には変更前の個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 7 4欄には、雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。なお、被保険者番号が16桁（2段／上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の枠を空枠とすること。
- 8 5欄には、氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。  
被保険者に氏名変更があった場合は、新氏名を記載するとともに、9及び10欄を記載すること。
- 9 6欄には、該当するものの番号を記載すること。
- 10 7欄には、元号の該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。  
（例：平成28年1月1日→ 4-280101）
- 11 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事業所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 12 事業主の氏名（法人にあつては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

**事業主の方へのお願い**

被保険者の方から個人番号（マイナンバー）を取得する際は、①正しい番号であることの確認（番号確認）と②正しい番号の持ち主であることの確認（身元確認）の本人確認を必ず行ってください。

様式第十二号の改正規定を次のように改める。

様式第十二号を次のように改める。



# 公共職業訓練等 受講届 通所届

※ 帳票種別

13201

1. 支給番号

□□-□□□□□□□□

2. 受講指示年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)  
元号 年 月 日

3. 訓練の種類 級地区分

□□-□□

4. 受講開始年月日

□□-□□□□□□□□ 終了予定年月日  
元号 年 月 日 元号 年 月 日 (4 平成 5 令和)

5. 寄宿開始年月日

□□-□□□□□□□□ 終了予定年月日  
元号 年 月 日 元号 年 月 日 (4 平成 5 令和)

6. 通所開始年月日

□□-□□□□□□□□ 終了予定年月日  
元号 年 月 日 元号 年 月 日

7. 通所手当月額

□□□□□□ 円

8. 訓練継続表示

□

1 受給資格者 に関する事項	氏名			支給番号						
	住所又は居所	(電話番号 ( ) 方)								
2 公共職業訓練等 に関する事項	種類 (第2面の注意の3の中から該当するものを選んで、その記号を○で囲むこと。)	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	期間				昼夜間の別		昼間・夜間			
	受講開始年月日	令和	年	月	日	終了予定年月日	令和	年	月	日
	訓練実施機関名				訓練実施機関住所					

2欄の記載事実に誤りのないことを証明する。

令和 年 月 日 (公共職業訓練等の施設の長の職名)

印

3 通所 に 関 する 事 項	順路 <sup>(1)</sup>	通所方法の別	区 間 <sup>(2)</sup>	距離 (概算) <sup>(3)</sup>	乗車券等の種類 <sup>(4)</sup>	左欄の乗車券等の額 (1ヶ月分) <sup>(5)</sup>	特記事項 <sup>(6)</sup>
	1		住居 から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
	2		から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
	3		から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
	4		から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
	5		から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
	6		から ( 経由 ) まで	キロメートル		円	
計			キロメートル		円		

<sup>(7)</sup> 〔届出理由〕 イ 新規 (口に該当するものを除く。) ロ 新規 (雇用保険法第24条第2項の基本手当を受けることができる者であって再度の受講が指示されたことによるもの) ハ 住所又は居所の変更 ニ 通所経路の変更 ホ 通所方法の変更 ヘ 運賃等の負担額の変更

上記事実の発生年月日 令和 年 月 日 通所終了予定年月日 令和 年 月 日

4 寄宿に関する事項	寄宿の事実	有	無	家族の状況	(第2面の〔家族の状況〕欄に記載すること。)					
	寄宿期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日
	寄宿前の住(居)所									

5 公共職業訓練等の受講指示に関する事項	受講指示公共職業安定所又は地方運輸局の名	受講指示年月日	令和	年	月	日
----------------------	----------------------	---------	----	---	---	---

雇用保険法施行規則第21条第1項の規定により上記のとおり届けます。  
また、この届書の提出を上記公共職業訓練等の施設の長に委任します。  
公共職業安定所長 殿 令和 年 月 日  
地方運輸局長  
受給資格者氏名 印

備考

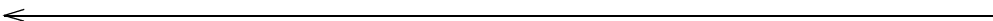
※ 処理欄	法第24条第1項の基本手当	証明認定	寄宿手当							
	通所手当 (月額)	円	※ 所属長	次長	課長	係長	係	操作者		





様式第三十三号の二の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の二を次のように改める。



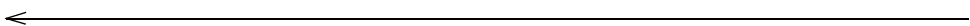


**注 意**

- 1 この申請書は、指定教育訓練実施者の発行する「教育訓練修了証明書」に記載された**受講修了日の翌日から起算して1ヵ月以内に**、下記の確認書類を添付して、申請者本人が、原則として、本人の住居所を管轄する公共職業安定所に提出してください。また**申請書の提出は、疾病又は負傷その他やむを得ない理由があると認められない限り、代理人又は郵送によって行うことができません。**当該やむを得ない理由のために期間内に公共職業安定所に出頭することができない場合に限り、その理由を記載した証明書を添付のうえ、代理人又は郵送により提出することができます。
- 2 申請書に添付すべき確認書類は次のとおりですが、これらの確認書類と申請書の内容が異なる場合は、支給決定を行うことができませんので、教育訓練施設より（１）、（２）及び（７）の交付があった際には、その内容をよく確認し、事実と異なる場合は、教育訓練施設に対して修正を依頼してください。
  - (1) 指定教育訓練実施者の発行する「教育訓練修了証明書」
  - (2) 指定教育訓練実施者の発行する教育訓練経費に係る「領収書」  
 教育訓練経費の支払いをクレジット会社を介したクレジット契約により行う場合は、施設の発行する「クレジット契約証明書」（必要事項を施設が付記したクレジット伝票でもよい）、教育訓練施設に対する分割払等のために「領収書」等が複数枚にわたるときはその全てを提出してください。
  - (3) 教育訓練の受講開始日前1年以内に受けたキャリアコンサルティングの費用の支給を受ける場合は次に掲げる書類
    - ア キャリアコンサルティング実施者の発行するキャリアコンサルティングの費用に係る「領収書」  
 キャリアコンサルティングの費用の支払いをクレジット会社を介したクレジット契約により行う場合は、キャリアコンサルティング実施者の発行する「クレジット契約証明書」（必要事項をキャリアコンサルティング実施者が付記したクレジット伝票でもよい）、キャリアコンサルティング実施者に対する分割払等のために「領収書」等が複数枚にわたるときはその全てを提出してください。
    - イ 当該教育訓練の受講に関する「キャリアコンサルティングの記録」
    - ウ キャリアコンサルティング実施者の発行する担当キャリアコンサルタントによるキャリアコンサルティングが実施されたことを証明することができる書類（以下「キャリアコンサルティング実施証明書」という。）
  - (4) 本人確認及び本人の住居所の確認できる官公署の発行した書類  
 具体的には「運転免許証」「住民票の写し」「雇用保険受給資格者証」「高齢受給資格者証」「出稼労働者手帳」「印鑑証明書」「国民健康保険被保険者証」のいずれかとします（コピーは不可）。なお、「住民票の写し」「印鑑証明書」の場合、支給・不支給決定通知書については、即日交付は行われず後日、本人の住居所あてに送付されることとなります。
  - (5) 「雇用保険被保険者証」〔「雇用保険受給資格者証」又は「高齢受給資格者証」でも可。コピーでも可。〕
  - (6) 「教育訓練給付適用対象期間延長通知書」（教育訓練給付適用対象期間の延長措置を受けていた場合のみ添付してください。）
  - (7) 指定教育訓練実施者又はキャリアコンサルティング実施者の発行する「返還金明細書」（「領収書」「クレジット契約証明書」が発行された後で、受講料の値引き等により、教育訓練経費又はキャリアコンサルティングの費用の一部が指定教育訓練実施者又はキャリアコンサルティング実施者から本人に対して還付された（される）場合）に必要です。）
- 3 申請は正しく行ってください。偽りの記載をして提出した場合には、教育訓練給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。なお、詳細については、「教育訓練給付金支給申請書記載に当たっての注意事項」を必ずお読みください。
- 4 申請書の記載について
  - (1) □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、枠からはみ出さないように大きめの文字により明瞭に記載するとともに、この用紙を汚したり必要以上に折り曲げたりしないでください。
  - (2) ※印の付いた欄には記載しないでください。
  - (3) 1欄には、指定された個人番号（マイナンバー）を間違いのないよう記載してください。
  - (4) 2欄には、雇用保険被保険者証（雇用保険受給資格者証又は高齢受給資格者証）に記載されている被保険者番号を記載してください。なお被保険者番号が16桁（2段／上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の欄を空欄としてください。
  - (5) 3～5欄には、漢字、カタカナ、平仮名により明瞭に記載してください。
  - (6) 5欄のフリガナ欄は、姓名と氏名の間に1文字分の空欄をあけてください。この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取扱い（例：ガ→ガ<sup>ニ</sup>、パ→パ<sup>ニ</sup>）、また「<sup>ニ</sup>」及び「<sup>エ</sup>」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。  
 また、12欄は、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字とする。）により明瞭に記載してください。
  - (7) 6欄には、元号をコード番号で記載した上で、年月日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：平成3年2月1日→<sup>4</sup>030201）
  - (8) 7～10欄は、指定教育訓練実施者の発行する「教育訓練修了証明書」に記載された内容を記載してください。
  - (9) 10欄の額は、指定教育訓練実施者の発行する教育訓練経費に係る「領収書」（又はクレジット契約証明書）の額及び「教育訓練修了証明書」の両方に記載された額と同一額となっていることを確認してください。なお、教育訓練経費の一部が指定教育訓練実施者から本人に対して還付された（される）場合は、教育訓練経費の額は「返還金明細書」に記載された額を差し引いた額と同一額となっていることを確認して下さい。  
 また、「教育訓練講座の受講をあっせんした販売代理店等及び販売員の名称」欄に、教育訓練施設の台帳に登載されていない販売代理店等、販売員が記載されている場合や講座受講をあっせんした販売代理店等、販売員があるにもかかわらず記載がない場合は、教育訓練給付金支給申請書が受理されないことがあります。なお、この記載内容につきましては、後日公共職業安定所により調査を行い確認させていただくことがあります。
  - (10) 11、12欄は、キャリアコンサルティング実施者の発行する「キャリアコンサルティング実施証明書」に記載された内容を記載してください。なお、11欄には、「キャリアコンサルティング実施証明書」に記載されたキャリアコンサルティングを受けた年月日の最後の年月日を記載してください。
  - (11) 12欄の額は、キャリアコンサルティング実施者の発行するキャリアコンサルティングの費用に係る「領収書」（又はクレジット契約証明書）及び「キャリアコンサルティング実施証明書」の両方に記載された額と同一額となっていることを確認してください。なお、キャリアコンサルティングの費用の一部がキャリアコンサルティング実施者から本人に対して還付された（される）場合は、キャリアコンサルティングの費用の額は「返還金明細書」に記載された額を差し引いた額と同一額となっていることを確認して下さい。
  - (12) 申請書の電話番号欄は、平日昼間に連絡のとりやすい電話番号を記入してください。  
 また、申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 5 払渡希望金融機関指定届の記載について
  - (1) 「名称」欄には教育訓練給付金の払渡しを希望する金融機関（**ゆうちょ銀行を含む。**）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）を記載してください。
  - (2) 「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄には、**申請者本人名義**の普通預（貯）金口座の通帳の記号（口座）番号を記載してください。
  - (3) 金融機関による確認印欄に、「名称」欄に記載した金融機関の確認印を必ず受けてください（申請者本人が金融機関に届け出た印を押印する欄ではないので間違いのないようにしてください）。
  - (4) なお、金融機関の確認を受けずに、支給申請書の提出と同時に申請者本人の名義の通帳又はキャッシュカード（現物）を提示していただいても差し支えありません（事故防止のため本人来所申請又は代理人申請の場合に限ります）。  
 また、雇用保険の基本手当受給資格者等であって既に払渡希望金融機関指定届を届けている方は、届の必要がありません。

様式第三十三号の二の二の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の二の二を次のように改める。



教育訓練給付金及び教育訓練支援給付金受給資格確認票

（必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。）

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）

帳票種別

12502

1. 個人番号

□□□□□□□□□□□□□□

2. 被保険者番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

3. 姓（漢字）

□□□□□□□□□□

4. 名（漢字）

□□□□□□□□□□

5. フリガナ（カタカナ）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 生年月日

□□-□□□□□□□□ (2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)

7. 指定番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

教育訓練施設の名称

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

教育訓練講座名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

8. 受講開始予定年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□

受講修了予定年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□

9. 郵便番号

□□□□□□□□□□□□□□

10. 住所（漢字）※市・区・郡及び町村名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

住所（漢字）※丁目・番地

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

住所（漢字）※アパート、マンション名等

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

11. 電話番号（項目ごとにそれぞれ左付けで記入してください）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

雇用保険法施行規則第101条の2の12第1項及び附則第27条の規定により、上記のとおり教育訓練給付金及び教育訓練支援給付金の受給資格の確認を申請します。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

申請者氏名

印

※公共職業安定所記載欄

12. 教育訓練給付金資格確認請求年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□□□

資格確認年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□□□

13. 賃金日額（区分一日額または総額）

□□-□□□□□□□□□□□□□□□□

14. 教育訓練支援給付金受給資格確認請求年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□□□

資格確認年月日

□□-□□□□□□□□□□□□□□□□

15. 教育訓練資格否認

□ (1 期間不足 2 支給確 3 コンサルティング結果 4 その他)

16. 支援給付資格否認

□ (4 その他 5 失業状態)

17. 金融機関・店舗コード

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

口座番号

特定一般区分

□ (空欄 特定以外 1 特定)

払渡希望金融機関指定届

Table with columns for 金融機関, フリガナ, 金融機関コード, 店舗コード, 金融機関による確認印. Includes rows for 銀行等 and ゆうちょ銀行.

◆ 金融機関へのお願い

雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、次のことについて御協力をお願いします。
1. 上記の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。
2. 金融機関コード及び店舗コードを記入してください（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

Table with columns for 備考, 教育訓練給付金, 教育訓練支援給付金, 決定年月日, 資格可否, 通知年月日, キヤリコン, 事業主承認, 本人・住所, 運・健・受・出・住・印, 被保険者証, 本・代・郵.

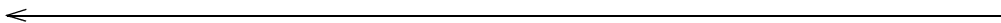
**注 意**

- 1 この確認票は、教育訓練給付金及び教育訓練支援給付金の給付に必要な受給資格の確認を行うためのものです。  
8欄に記載した受講開始予定年月日の前日から起算して1か月前の日までに、下記の確認書類を添付して、申請者本人が、原則として、本人の住居所を管轄する公共職業安定所に提出してください。  
確認票の提出は、疾病又は負傷その他やむを得ない理由があると認められない限り、代理人又は郵送によって行うことができません。当該やむを得ない理由のために期間内に公共職業安定所に出頭することができない場合に限り、その理由を記載した証明書を添付の上、代理人又は郵送により提出することができます。代理人が提出する場合は、委任状も必要になります。
- 2 確認票に添付すべき確認書類は次のとおりですが、これらの確認書類と確認票の内容が異なる場合は、受給資格の確認を行うことができません。
  - (1) 当該教育訓練の受講に関する「キャリア・コンサルティングの記録」又は「事業主の承認」  
[事業主の承認は、公共職業安定所が指定する様式により提出すること。]
  - (2) 本人確認及び本人の住居所の確認できる官公署の発行した書類（コピーは不可）  

運転免許証、住民基本台帳カードのうち本人の写真付き。これがない場合は、①旅券（パスポート）、②住民票記載事項証明書（住民票、印鑑証明書）、③国民健康保険被保険者証（健康保険被保険者証）のうちいずれか2種類（①、②又は③から各1種類で合計2種類）。
---
  - (3) 「雇用保険被保険者証」（「雇用保険受給資格者証」又は「高齢受給資格者証」でも可。コピーでも可。）
  - (4) 「教育訓練給付適用対象期間延長通知書」（教育訓練給付の受給資格確認をする場合であって、教育訓練給付適用対象期間の延長措置を受けていた場合にのみ添付してください。）
  - (5) 最近の写真（3か月以内の写真であって、正面上半身が写った、縦3.0cm×横2.5cmのものを、2枚）
  - (6) 雇用保険被保険者離職票－1及び2（教育訓練支援給付金の受給資格の確認を行う場合にのみ添付してください。基本手当等の資格決定を受け、雇用保険受給資格者証又は高齢受給資格者証の交付を受けている場合は、雇用保険受給資格者証又は高齢受給資格者証を添付してください。）
- 3 申請は正しく行ってください。偽りの記載をして提出した場合は、教育訓練給付金及び教育訓練支援給付の支給申請を行うことができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として処罰されることがあります。なお、詳細については「教育訓練給付金支給申請書記載に当たっての注意事項」を必ずお読みください。
- 4 確認票の記載について
  - (1) この確認票により、教育訓練給付金及び教育訓練支援給付金の受給資格があるか確認の申請をすることができますが、受給資格の確認を申請しない給付金がある場合は、表題及び第1面署名欄の確認しない給付の文書と「及び」を抹消してください。
  - (2) □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、記入枠からはみ出さないように大きめの文字により明瞭に記載するとともに、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
  - (3) ※印のついた欄には記載しないでください。
  - (4) 1欄には、指定された個人番号（マイナンバー）を間違いのないよう記載してください。
  - (5) 2欄には、雇用保険被保険者証（雇用保険受給資格者証又は高齢受給資格者証）に記載されている被保険者番号を記載してください。なお被保険者番号が16桁（2段／上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の欄を空欄としてください。
  - (6) 3～5欄は漢字、カタカナ、平仮名により明瞭に記載してください。
  - (7) 5欄のフリガナ欄は、姓名と氏名の間に1文字分の空欄をあけてください。この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取扱い（例：ガー→ガ、パー→パ）、また「巾」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
  - (8) 6欄には元号コードを記載した上で、年月日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：平成3年2月1日→403020）
  - (9) 7、8欄は受講を希望する指定教育訓練の実施者に確認の上、記載してください。照会票に記載された受講開始予定日と実際の受講開始日が異なる場合は、各給付金の支給申請時に受給できないことがあります。実際の受講開始日が変更された場合、速やかに公共職業安定所あて連絡してください。
  - (10) 10欄は、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字とする。）により明瞭に記載してください。
  - (11) 11欄の電話番号は、平日昼間に連絡の取りやすい電話番号を記載してください。
  - (12) 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 5 払渡希望金融機関指定届の記載について
  - (1) 「名称」欄には教育訓練給付金及び教育訓練支援給付金を今後申請する際に払渡しを希望する金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）を記載してください。
  - (2) 「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄には、申請者本人の名義の通帳の記号（口座）番号を記載してください。
  - (3) 金融機関による確認印欄に、「名称」欄に記載した金融機関による確認印を必ず受けてください。（申請者本人が金融機関に届け出た印を押印する欄ではないので間違いのないようにしてください。）
  - (4) なお、金融機関の確認を受けずに、確認票の提出と同時に申請者本人の名義の通帳（現物）を提示していただいても差し支えありません（事故防止のため本人又は代理人が来所した場合に限りです）。また、雇用保険の基本手当受給資格者等であって既に払渡希望金融機関指定届を届けている方は、届の必要がありません。

様式第三十三号の三の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の三を次のように改める。







**注 意**

- 1 高齢雇用継続給付は、60歳以上65歳未満（※）の被保険者がその受給資格の確認を受けた場合において、原則として、各月に支払われる賃金の額が雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書等の提出により登録された賃金月額75%未満に低下した場合に、各月の賃金の額の15%を限度として支給されます。  
 ※ 平成22年3月31日において55歳に達していない者であって昭和34年4月1日までに生まれた船員として雇用されるものに対する高齢雇用継続基本給付金の支給及び昭和34年4月1日までに生まれた者のうち、高齢再就職給付金に係る受給資格に係る離職の日前日に船員として雇用されているものに対する当該高齢再就職給付金の支給については、「60歳」とあるのは「55歳」と、「65歳」とあるのは「60歳」と読み替えるものとする。
  - 2 高齢雇用継続給付の受給資格の確認を受けようとする者は、次の（1）又は（2）に掲げる場合に、事業主を経由して事業所の所在地を管轄する公共職業安定所（以下「安定所」といいます。）の長にこの高齢雇用継続給付受給資格確認票・（初回）高齢雇用継続給付支給申請書を提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。
    - （1）高齢雇用継続基本給付金の最初の支給申請書を提出する場合
    - （2）60歳以上65歳未満の者が再就職して被保険者となった場合
      - （1）の場合において、最初に支給を受けようとする支給対象月（受給要件を満たし給付金の支給の対象となった月をいいます。）の初日から起算して4ヶ月以内にこの高齢雇用継続給付受給資格確認票・（初回）高齢雇用継続給付支給申請書に雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書を添付して提出してください。  
 また、この最初の支給申請前に受給資格の照会を安定所に行うこともできますが、その際にはこの高齢雇用継続給付受給資格確認票・（初回）高齢雇用継続給付支給申請書を高齢雇用継続給付受給資格確認票として使用し、できるだけ雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書とともに、提出してください。これにより、受給資格の確認を受けた場合には、その際に交付された高齢雇用継続給付支給申請書を提出することにより、初回の支給申請を行ってください。
      - （2）の場合において、高齢再就職給付金の支給を受けようとする場合には、再就職した日以後速やかに、例えば当該被保険者に係る雇用保険被保険者資格取得届の提出の際に、この様式を高齢雇用継続給付受給資格確認票として使用して提出してください。  
 なお、60歳到達時に被保険者でなかった者が、その後基本手当の支給を受けることなく再就職して被保険者となった場合においては、雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書の代わりに直前の被保険者資格喪失の日前の賃金支払状況等を記した雇用保険被保険者離職票一又は被保険者期間等証明書を提出してください。  
 なお、次に掲げる者はこの高齢雇用継続給付受給資格確認票・（初回）高齢雇用継続給付支給申請書を提出する必要はありません。
        - イ 再就職する前に基本手当の受給資格者であって、再就職したときに既に支給期間を満了している者
        - ロ 基本手当の受給資格の決定を受けず（又は基本手当の支給期間の延長申請を行わず）、かつ、直前の被保険者でなくなった日から起算して1年以内に再就職しなかった者  
 （注）イ及びロに該当する者は、高齢雇用継続給付の支給を受けることができません。
        - ハ 既に高齢雇用継続基本給付金に係る受給資格の確認を受けた者であって、その後の被保険者でなくなった日の翌日から起算して1年（基本手当の支給期間の延長をした場合は、延長された日数を1年に加算した期間）の期間中に、基本手当（基本手当の支給を受けたとみなされる給付を含みます。）の支給を受けずに再就職した者
        - ニ 既に高齢再就職給付金に係る受給資格の確認を受けた者であって、その高齢再就職給付金の支給期間とされた期間中に再就職した者  
 （注）ハ及びニに該当する者は、前の高齢雇用継続給付の受給資格に基づいて、引き続き高齢雇用継続給付の支給を受けられることがあります。その場合には、別途交付された高齢雇用継続給付支給申請書を提出することにより支給申請を行ってください。
  - 3 高齢雇用継続給付受給資格確認票としてのみ使用する場合の記載方法
    - （1）1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載してください。
    - （2）2欄には、被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。  
 なお、被保険者番号が16桁（上下2段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。この場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内に記載し、最後の枠は空枠としてください。  
 (例: 

4	6	0	1	1	8	*	*	*	*
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

 → 

1	3	0	1	5	4	3	2	1	0	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

 )
  - （3）3欄には、資格取得年月日を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。  
 (例: 平成19年4月1日 → 

4		1	9	0	4	0	
---	--	---	---	---	---	---	--

 )
  - （4）5欄の記載は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。(例: 1301000001の場合 → 

1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

 )
  - （5）6欄には給付金の種類を記載してください。
  - （6）7から31欄については記載の必要がありません。
- 4 高齢雇用継続給付受給資格確認票及び（初回）高齢雇用継続給付支給申請書として使用する場合の記載方法
  - （1）1から6欄については、上記3により記載してください。
  - （2）7欄、11欄及び15欄には、支給を受けようとする支給対象月を記載し、月が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。
  - （3）支給対象月において被保険者資格を喪失した後一日の空白もなく別の事業主に雇用され被保険者資格を取得したときも、支給の対象となります。  
 この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賃金については、備考欄にその額を記載の上、その事業主の確認印を押印してもらってください。
  - （4）8欄、12欄及び16欄には、各々7欄、11欄及び15欄に記載した支給対象月に支払われた賃金（臨時の賃金及び3ヶ月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く。）の額を記載してください。  
 イ 賃金に含まれるか否かが判断しかねるものについては、各々29欄、30欄及び31欄にその額とその名称を記載してください。  
 ロ 出向中の被保険者であって、出向元及び出向先の双方から賃金が支払われている場合は、その賃金の合計額を記載してください。この場合、下記（6）の賃金台帳により賃金の額が確認できない賃金については、備考欄にその額を記載の上、その賃金を支払った事業主の確認印を押印してもらってください。  
 ハ 賃金締切日、賃金支払日、賃金形態、8欄、12欄及び16欄に記載した賃金の支払いに係る月ごとの所定労働日数（賃金形態が日給又は時間給の場合）並びに通動手当に関する事項について、備考欄に記載してください。
  - （5）9欄、13欄及び17欄には、各々8欄、12欄及び16欄に記載した賃金の支払いに係る月において非行、疾病、負傷、事業所の休業、私事等により賃金の全部又は一部の支払いを受けることができなかった日の数を記載してください（該当する日がない場合は「0」と記載してください。）。この場合、8欄、12欄及び16欄に記載した賃金の支払いに係る月において賃金の減額の対象となった日に支払いを受けることができなかった賃金の額を各々29欄、30欄及び31欄に記載してください。
  - （6）支給申請書の提出に際しては、賃金額等その記載内容を確認できる賃金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 5 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載し、フリガナを付けてください。
- 6 支給申請は正しくしてください。偽りの記載をして提出した場合には、以後高齢雇用継続給付を受けることがなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 7 事業主は、記載事実と異なることの証明を行ってください。事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 8 払渡希望金融機関指定届の記載について
  - （1）「名称」欄には、高齢雇用継続給付の払渡しを希望する金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）を記載してください。
  - （2）「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄には、被保険者本人の名義の通帳の記号（口座）番号を記載してください。
  - （3）金融機関による確認印欄に、必ず「名称」欄に記載した金融機関の確認印を受けてください（申請者本人が金融機関に届け出た印を押印する欄ではないので間違いのないようにしてください）。  
 なお、金融機関の確認を受けずに、支給申請書の提出と同時に申請者本人の名義通帳又はキャッシュカード（現物）を提示していただいても差し支えありません。
  - （4）基本手当の支給を受けるために払渡希望金融機関指定届を提出したことがあり、かつ、引き続き同一の金融機関口座に振り込まれることを希望する場合は、記載する必要はありません。
  - （5）この払渡希望金融機関指定届を提出しても、高齢雇用継続給付は支給されない場合があります。
- 9 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印のついた欄には記載しないでください。
- 10 本手続は電子申請による申請が可能です。  
 なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。
- 11 本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

◆ 金融機関へのお願い  
 雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、表面32の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。また、金融機関コード及び店舗コードを記入してください（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

様式第三十三号の三の二の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の三の二を次のように改める。



様式第33号の3の2 (第101条の5、第101条の7関係) (第1面)

# 高年齢雇用継続給付支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

振票種別

14301

氏名

給付金の種類  
 (1) 基本給付金  
 (2) 再就職給付金

事業所番号

管轄区分

1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日

要件該当日

3. 被保険者氏名

前回処理年月日

支給対象年月

支給申請月

令和

賞金月額7.5% (旧8.5%)

賞金月額6.1% (旧6.4%)

3. 被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

### <賞金支払状況>

4. 支給対象年月その1

元号 年 月

5. 4欄の支給対象年月に支払われた賞金額

円

6. 賞金の減額があった日数

日

7. みなし賞金額

円

8. 支給対象年月その2

元号 年 月

9. 8欄の支給対象年月に支払われた賞金額

円

10. 賞金の減額があった日数

日

11. みなし賞金額

円

12. 支給対象年月その3

元号 年 月

13. 12欄の支給対象年月に支払われた賞金額

円

14. 賞金の減額があった日数

日

15. みなし賞金額

円

※ 16. 未支給区分

17. 出力区分

18. 次回支給申請年月日

元号 年 月 日

その他賞金に関する特記事項

19.

20.

21.

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

様式第33号の3の2（第101条の5、第101条の7関係）（第2面）

上記の記載事項に誤りがないことを証明します。

令和 年 月 日 事業所名（所在地・電話番号）  
 事業主氏名 印

雇用保険法施行規則第101条の5・第101条の7の規定により、上記のとおり高年齢雇用継続給付の支給を申請します。

令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 申請者氏名 印

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者
---	-----	-----	-----	-----	---	-------

備 考	賞金締切日	日	賞金支払日	当月・翌月	日	
	賞金形態	月給・日給・時間給・				
	所定労働日数	3欄	日	7欄	日	11欄
	通勤手当	有	(毎月・3か月・6か月・		) ・無	

注 意

- この申請書は、指定された次回支給申請日に事業主を經由して事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を經由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。また、この支給申請については指定された次回支給申請月に行わなければ、特別の事情があると認められない限りその支給を行うことはできません。なお、初回の支給申請は、この申請書に六十歳到達時等賞金証明書及び高年齢雇用継続給付支給資格確認票を添付して最初に支給を受けようとする支給対象月の初日から起算して4か月以内に行ってください。この場合、平成16年1月1日前に既に高年齢雇用継続給付の支給資格が確認されている場合には、六十歳到達時等賞金証明書及び支給資格確認票の添付は必要ありません。また、初回の支給申請前に既に六十歳到達時等賞金証明書及び支給資格確認票を提出して受給資格等の照会を行い、支給資格確認通知書を受けられている場合には、これらの書類の添付に代えて支給申請書にその通知書添えて事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。
- 納付を正しくしてください。偽りの記載をして提出した場合には、以後高年齢雇用継続給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 支給対象月において被保険者資格を喪失した後1日の空白もなく別の事業主に雇用され被保険者資格を取得したときも、支給の対象となります。
- 4欄、8欄及び12欄には、支給を受けようとする支給対象月に雇用され被保険者資格を記載の上、その事業主の確認印を押しつけてください。
- この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賞金については、備考欄にその額を記載の上、その事業主の確認印を押しつけてください。
- 5欄、9欄及び13欄には、各々4欄、8欄及び12欄に記載した支給対象月に支払われた賞金（臨時の賞金及び3か月を超える期間ごとに支払われる賞金を除く。）の額を記載してください。
- (1) 賞金に含まれるか否かが判断しかねるものについては、各々19欄、20欄及び21欄にその額とその名称を記載してください。
- (2) 出向中の被保険者であって、出向元及び出向先の双方から賞金が支払われている場合は、その賞金の合計額を記載してください。この場合、下記11の賞金台帳により賞金の額が確認できない賞金については、備考欄にその額を記載の上、その賞金を支払った事業主の確認印を押しつけてください。
- (3) 賞金締切日、賞金支払日、賞金形態、5欄、9欄及び13欄に記載した賞金の支払いに係る月ごとの所定労働日数（賞金形態が日給又は時間給の場合）並びに通勤手当に関する事項について、備考欄に記載してください。
- 6欄、10欄及び14欄には、各々5欄、9欄及び13欄に記載した賞金の支払いに係る月において非行、疾病、負傷、事業所の休業、私事等により賞金の全部又は一部の支払を受けることができなかった日の数を記載してください（該当する日がない場合は「0」と記載してください。）。この場合、5欄、9欄及び13欄に記載した賞金の支払いに係る月において賞金の減額の対象となった日に支払いを受けることができなかった賞金の額を各々19欄、20欄及び21欄に記載してください。
- 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 事業主は、記載事項に誤りがないことの証明を行ってください。
- 事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- この支給申請書の提出に際しては、賞金額等その記載内容を確認できる賞金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 本手続は電子申請による申請が可能です。
- なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送付することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。
- 本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

様式第三十三号の五の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の五を次のように改める。





**注意**

- 1 育児休業給付金（平成22年4月1日以降に育児休業を開始した方が対象）は、1歳又は1歳2ヵ月（その子の1歳又は1歳2ヵ月以降の期間等も休業することが雇用の継続のために特に必要と認められる場合（保育所における保育の実施が行われない等）には1歳6ヵ月（その子の1歳6ヵ月以降の期間等も休業することが雇用の継続のために特に必要と認められる場合には2歳））未満の子を養育するための休業を行う被保険者が育児休業給付の受給資格の確認を受けた場合において、原則として、育児休業を開始した日から起算して1ヵ月ごとの各期間について、雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書書の提出により算定された賃金日額に支給日数を乗じた額（注）の80%以上の賃金が支払われていないこと、就業していると認められる日数が10日（10日を超える場合は就業していると認められる時間が80時間）以下であること等を要件として、（賃金日額）×（支給日数）×40%（当分の間は、休業日数が通算して180日に達するまでの間に限り67%、181日目以降は50%）を限度として支給されます。  
 （注）賃金日額は、原則として休業開始前6ヵ月の賃金を180で除した額であり、支給日数は、一の支給単位期間につき30日（休業終了日の属する支給単位期間については、休業終了日までの日数）である。  
 なお、育児休業給付金の支給を受けた期間は、基本手当の算定基礎期間から除外されます。
- 2 育児休業給付の受給資格の確認を受けようとする方は、事業主の方が行う雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書書の提出にあわせて、事業主を経由して事業所の所在地を管轄する公共職業安定所の長に、この育児休業給付受給資格確認票・（初回）育児休業給付金支給申請書を提出してください。  
 ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。
- 3 また、育児休業給付金の支給申請を事業主を経由して行う場合には、この用紙により、初回の育児休業給付金の支給申請を受給資格確認と同時に行うことができます。その場合、事業主の方は、雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書も同時に提出してください。
- 4 初回の育児休業給付金の支給申請を受給資格確認と同時に行う場合に限り、この用紙により育児休業給付金の支給申請を行ってください。なお、この用紙は、育児休業給付受給資格確認票としてのみ使用することもできます。
- 5 育児休業給付受給資格確認票としてのみ使用する場合の記載方法
  - (1) 標題中「（初回）育児休業給付金支給申請書」の文字及び第1面下方の「雇用保険法施行規則第101条の13の規定により、上記のとおり育児休業給付金の支給を申請します。」の文字を抹消してください。
  - (2) 1欄には、被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。  
 なお、被保険者番号が16桁（上下段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。
  - (3) 2欄には、資格取得年月日を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。  
 （例：平成3年4月1日→

4	0	3	0	1
---	---	---	---	---

）
  - (4) 4欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。
  - (5) 5欄には、被保険者が育児休業を開始した年月日を、2欄の記載要領にしたがって、記載してください。ただし、女性の被保険者が労働基準法の規定による産後休業に引き続いて育児休業を取得した場合は、記載する必要はありません。
  - (6) 6欄には、育児休業に係る子の出産年月日を、2欄の記載要領にしたがって、記載してください。
  - (7) 7欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載してください。
  - (8) 9欄には、被保険者の住所を、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字とする。）により明瞭に記載してください。
  - (9) 10欄には、被保険者の電話番号を記載してください。
  - (10) 11欄から24欄までについては記載の必要がありません。
  - (11) 25欄及び26欄は、「パパ・ママ育休プラス」制度により、育児休業に係る子が1歳以降1歳2ヵ月未満までの期間も育児休業を取得する場合のみ記載してください。  
 25欄には、被保険者の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）が同一の子について既に育児休業を取得している（していた）場合に「1」と記載してください。  
 26欄には、25欄に記載した場合に配偶者の被保険者番号を記載してください（配偶者が公務員である場合や被保険者でない場合、不明な場合等は空欄で構いません）。
 住民票の写し等被保険者の配偶者であることを確認できる書類、（25欄に記載がない場合は）配偶者の育児休業開始日が確認できる書類（配偶者の育児休業取扱通知書の写し、配偶者の疎明書等）をこの支給申請書に添付して提出する必要があります。
- 6 育児休業給付受給資格確認票・（初回）育児休業給付金支給申請書として使用する場合の記載方法
  - (1) 1欄から10欄までについては、上記5により記載してください。
  - (2) 11欄及び15欄には、育児休業開始年月日（女性の被保険者が労働基準法の規定による産後休業（出産年月日の翌日から8週間）の後引き続き育児休業を取得したときは、出産年月日から起算して58日目に当たる日）から起算して1ヵ月ごとに区分した期間を順に記載してください。ただし、育児休業終了日を含む期間についてはその育児休業終了日までの期間です。  
 なお、申請時点において、すでに育児休業が終了している場合は、最終支給単位期間を含む3ヵ月分の支給単位期間について申請できますので、最終支給単位期間に係る申請については、19欄に記載してください。  
 例 平成22年4月5日に育児休業を開始した場合  
 支給単位期間その1 

4	0	2	2	0	4	0	5	0	5	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

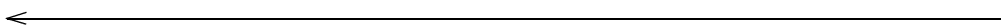
  
 支給単位期間その2 

4	0	2	2	0	5	0	5	0	6	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
  - (3) 12欄、16欄及び20欄の就業日数とは、各々11欄、15欄及び19欄に記載した支給単位期間において就業した日数を記載してください。
  - (4) 13欄、17欄及び21欄の就業時間とは、各々12欄、16欄及び20欄に記載した就業日数が10日を超える場合に各支給単位期間において就業した時間を記載してください。
  - (5) 14欄、18欄及び22欄には、各々11欄、15欄及び19欄に記載した支給単位期間中に支払われた賃金（臨時の賃金、3ヵ月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く。）の額を記載してください。なお、その賃金は育児休業期間外を対象とした賃金の額を含めないでください。  
 また、賃金締切日、賃金支払日及び通勤手当に関する事項について備考欄に記載し、併せて賃金に含まれるか判断しかねるものについては、備考欄の下方にその額とその名称といずれの支給単位期間に支払われたものかを記載してください。
  - (6) 23欄の「職場復帰年月日」は、支給申請時点で被保険者が職場復帰したことにより既に育児休業を終了している場合に、その職場復帰年月日を記載してください。
  - (7) 24欄には、育児休業給付金の支給申請に係る子について、その子が1歳に達する日（休業終了予定日とその子の1歳に達する日後である場合は、当該休業終了予定日）又はその子が1歳6ヵ月に達する日後の期間について保育所における保育の実施が行われない等の理由により当該期間について育児休業を取得し、初めて育児休業給付金の支給申請を行う場合に記載してください。この保育の実施が行われない等の理由及び期間については、24欄に記載し、記載内容を確認できる書類をこの支給申請書に添付して提出する必要があります。
  - (8) 25欄及び26欄には、上記5（11）により記載してください。
- 7 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 8 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 9 申請は正しく行ってください。偽りの記載をして提出した場合には、以後育児休業給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還とさらにそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。
- 10 事業主の方は、記載事実と誤りがないことの証明を行ってください。偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還とさらにそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。
- 11 提出に当たっては、記載内容の確認できる書類を添付してください。育児を行っている事実、支給申請書に記載した賃金額等の記載内容を確認できる賃金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 12 払渡希望金融機関指定届の記載について
  - (1) 「名称」欄には育児休業給付金の払渡しを希望する金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）を記載してください。
  - (2) 「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄には、被保険者本人の名義の通帳の記号（口座）番号を記載してください。
  - (3) 払渡しできる口座は、金融機関の普通預（貯）金口座に限られます。
  - (4) 金融機関による確認印欄に必ず「名称」欄に記載した金融機関の確認印を受けてください（申請者本人が金融機関に届け出た印を押印する欄ではないので間違いないようにしてください）。
 なお、金融機関の確認を受けずに、支給申請書の提出と同時に申請者本人の名義通帳又はキャッシュカード（現物）を提示していただいても差し支えありません。
- (5) 基本手当などの支給を受けるために払渡希望金融機関指定届を提出したことがあり、かつ、引き続き同一の金融機関口座へ振り込まれることを希望する場合には、記載する必要はありません。
- 13 本手続は電子申請による申請が可能です。  
 なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。
- 14 本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

◆ 金融機関へのお願ひ  
 雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、表面40の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。金融機関コード及び店舗コードを記入してください（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

様式第三十三号の五の二の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の五の二を次のように改める。





# 育児休業給付金支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

12406

支給申請期間

氏名

1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日

3. 育児休業開始年月日

支給単位期間その1 (初日-末日)

支給単位期間その2 (初日-末日)

事業所番号

管轄区分

支給終了年月日

出産年月日

前回処理年月日

4. 被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

5. 支給単位期間その1 (初日)

(末日)

(4平成  
5令和)

6. 就業日数

7. 就業時間

9. 支給単位期間その2 (初日)

(末日)

(4平成  
5令和)

10. 就業日数

11. 就業時間

13. 最終支給単位期間

(初日)

(4平成  
5令和)

14. 就業日数

15. 就業時間

17. 職場復帰年月日

18. 支給対象となる期間の延長事由一期間

配偶者

19. 育児取得

20. 配偶者の被保険者番号

21. 次回支給申請年月日

22. 否認

23. 未支給区分

(空欄 未支給  
以外  
1 未支給)

その他賞金に関する特記事項

24.

25.

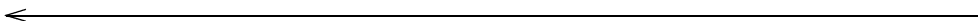
(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)



様式第三十三号の六の改正規定を次のように改める。

様式第三十三号の六を次のように改める。





## 注意

- 1 この申請書は、介護休業終了日（介護休業期間が3ヵ月以上にわたるときは介護休業開始日から3ヵ月経過した日。以下同様。）の翌日以降、その日から2ヵ月経過する日の属する月の末日までの間に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に、事業主を経由して提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。
- 2 介護休業給付金は、家族を介護するための休業（注1）をした被保険者であって、当該休業を開始した日前2年間（注2）に、賃金支払基礎日数が11日以上ある月（注3）が通算して12ヵ月以上ある方が支給対象となります。
  - （注1）負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により2週間以上にわたり常時介護（歩行、排泄、食事等の日常生活に必要な便宜を供与すること）を必要とする状態にある家族（被保険者の配偶者、父母及び子並びに祖父母、兄弟姉妹及び孫並びに配偶者の父母のいずれか）を介護するために取得した休業であって、一人の家族につき、休業開始日から最大3ヵ月までの介護休業期間に限り、なお、同一家族について複数回介護休業を取得する場合は、支給日数が通算して93日以内であり、3回以下の休業が介護休業給付金の支給の対象となります。
  - （注2）当該家族を介護するための2回目以降の介護休業に係る申請を行う場合は、初回の休業を開始した日以前の2年間。
  - （注3）過去に基本手当の受給資格の決定を受けたことがある方については、その決定後のものに限ります。
- 3 介護休業給付金は、支給対象期間（休業開始日から起算して1ヵ月ごとに区分した各期間（その1ヵ月の間に介護休業終了日を含む場合はその介護休業終了日までの期間））ごとに、就業していると認められる日数が10日以下であることを条件に、休業開始時賃金月額証明書（票）によって算定される賃金日額に支給日数（注4）に乗じて得た額の67%相当額を限度として支給額を計算し、その合計額を一括して1回で支給されます。支給対象期間中にその介護休業期間中を対象とした賃金が支給されている場合、その額と賃金日額に支給日数を乗じて得た額の67%相当額の合計が（賃金日額）×（支給日数）×80%を超える場合、当該超えた額が減額されます。
  - （注4）賃金日額は、原則として休業開始前6ヵ月の賃金を180で除した額であり、支給日数は、一の支給対象期間につき30日（休業終了日の属する支給対象期間については、休業終了日までの日数。）。
- 4 申請書には、次の確認書類の添付が必要です。
  - （1）休業開始時賃金月額証明書（票）、（2）介護休業給付金支給申請書の内容を確認できる書類〔イ 本人が事業主に提出した介護休業申出書、ロ 介護対象家族の方の氏名、申請者本人との続柄、性別、生年月日が確認できる書類（住民票記載事項証明書等）、ハ 介護休業の開始日・終了日、介護休業期間中の休業日数の実績が確認できる書類（出勤簿等）、ニ 介護休業期間中に介護休業期間を対象として支払われた賃金が確認できる書類（賃金台帳等）〕
- 5 申請書の記載について
  - （1）□□□□で表示された枠に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、大きめのアラビア数字の標準字体、カタカナ、または漢字（6, 7, 14, 15欄に限る）によって枠からはみ出さないように明瞭に記載するとともに、この用紙を汚したり必要以上に折り曲げたりしないでください。カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取扱い（例：ガー→、パー→）、また「中」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。年月日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に0を付加して2桁で記載してください。（例：平成3年2月1日→---）
 

※印の付いた欄には記載しないでください。
  - （2）1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、申請者の個人番号（マイナンバー）を記載してください。
  - （3）2, 3欄には、それぞれ、雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号及び資格取得年月日を記載してください。
 

なお被保険者番号が16桁（2段/上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の桁を空枠してください。
  - （4）5欄には、事業所番号が連続した10桁である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の桁を空枠としてください。
  - （5）8欄は事業主が介護休業として取得を認めた休業期間の初日（介護休業開始日）を記載し、17欄の初日はこれと同日となります。支給対象期間が2つ以上の場合は、介護休業開始日の翌月・翌々月における、介護休業開始日と日が同じ年月日（その日がない場合は月末日）を、20, 23欄の初日に記載し、その上で、次期支給対象期間の初日の前日（ただし介護休業終了日を含む最後の支給対象期間についてはその介護休業終了日）を、17, 20, 23欄の末日に記載してください。
  - （6）9欄には必ず対象家族の番号確認と身元確認の本人確認を行った上で対象家族の個人番号（マイナンバー）を記載してください。
  - （7）18, 21, 24欄の全日休業日には、支給対象期間中に全日にわたって介護休業をしている日（日曜日、祝日等のような所定労働日以外の日も含みます。）の数を記載してください。
  - （8）19, 22, 25欄には、支給対象期間中に支払われた賃金（臨時の賃金、3ヵ月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く。）の額を記載してください。なお、その賃金は介護休業期間外を対象とした賃金の額を含めないでください。
 

また、賃金締切日、賃金支払日及び通勤手当に関する事項について備考欄に記載し、併せて賃金に含まれるか判断しかねるものについては、備考欄の下の方にその額とその名称といずれかの支給対象期間に支払われたものかを記載してください。
  - （9）26欄は、介護休業開始日から3ヵ月を経過する日前に介護休業が終了した場合に限って、その介護休業終了日を記載し、その上で、27欄にその場合の終了の理由をコード番号で記載してください。なお、「2 休業事由の消滅」とは、介護休業終了日の予定日の前日までに、介護対象家族の死亡等の、被保険者がその家族に対する介護をしないこととなった事由が生じたこと、又は、介護休業が他の介護休業、産前産後休業、育児休業が開始されたことにより終了した場合（その場合備考欄にそれらの休業開始日と休業終了予定日を記載してください）をいいます。
    - （10）申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 6 払渡希望金融機関指定届の記載について
  - （1）「名称」欄に介護休業給付金の払渡しを希望する金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）、「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄に申請者本人名義の通帳の記号（口座）番号を記載してください。
  - （2）払渡しできる口座は、金融機関の普通預（貯）金口座に限られます。
  - （3）金融機関による確認印欄に必ず「名称」欄に記載した金融機関の確認印を受けてください（申請者本人が金融機関に届け出た印を押印する欄ではないので間違いのないようにしてください）。
  - （4）なお、金融機関の確認を受けずに、支給申請書の提出と同時に申請者本人の名義の通帳又はキャッシュカード（現物）を提示していただいても差し支えありません。
- 7 申請は正しく行ってください。偽りの記載をして提出した場合には、介護休業給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還とさらにそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。また、事業主は、記載事実と誤りのないことの証明を行ってください。事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正受給金の返還、納付命令、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。
- 8 本手続は電子申請による申請が可能です。
 

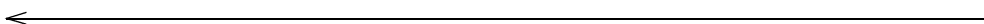
なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。
- 9 本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

## ◆ 金融機関へのお願い

雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、表面36の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。また、金融機関コード及び店舗コードを記入してください（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

様式第三十七号の改正規定を次のように改める。

様式第三十七号を次のように改める。









## 雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢字氏名	読み仮名(カタカナ)		漢字氏名	読み仮名(カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

## (注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一(五十音順)であること。
- 2 対象者が40名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名(在留カード記載順)を記載すること。

(国民年金法施行規則等の一部を改正する省令の一部改正)

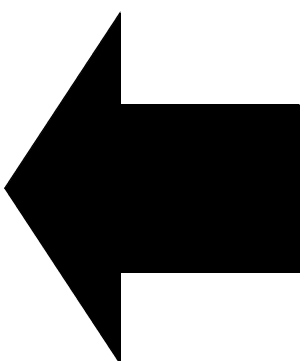
第七条 国民年金法施行規則等の一部を改正する省令（平成三十一年厚生労働省令第二十八号）の一部を次のように改正する。

第二条のうち国民年金法施行規則様式第三号及び様式第四号の改正規定中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

第六条のうち老齢福祉年金支給規則様式第二号及び様式第三号の改正規定中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

第十一条のうち特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律施行規則様式第一号及び様式第二号の改正規定中「~~長~~」を「~~令~~」に改める。

第十五条のうち年金生活者支援給付金の支給に関する法律施行規則様式第二号の改正規定中様式第二号を次のように改める。



様式第二号（第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係）

障害年金生活者支援給付金 所得状況届  
遺族

日本年金機構理事長 殿

令和 年度 令和 年 月 日提出

請求者	個人番号(または基礎年金番号) 年金コード			
	氏名		⑨	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所			
	控除対象配偶者および扶養親族の合計数	(うち老人控除対象配偶者および老人扶養親族の合計数 人) (うち特定扶養親族の数 人) (うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数 人)		
	同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)の有無	有(70歳以上・70歳未満) ・ 無		
	前 年 所 得 合 計 額		円	
	控除	雑 損		円
		医 療 費		円
		社 会 保 険 料		円
		小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金		円
		配 偶 者 特 別		円
		障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者および扶養親族の合計数		人
		特別障害者である同一生計配偶者および扶養親族の合計数		人
		障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	障 ・ 特障 ・ 寡 ・ 寡特 ・ 勤	
地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額		円		
※控除後の所得額		円		
そ の 他				
※ 審 査				
※ 上記のとおり、相違ありません。				
令和 年 月 日		市町村長	⑨	

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

- 備考 1. 用紙の寸法は、日本工業規格A列4番とする。  
2. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。