別記様式第八の次に次の様式を加える。

別記様式第８の２（第13条関係）　（表面）

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。）

支給番号						未支給区分（１　未支給、空欄　未支給以外）							
待期満了年月日	平成　　年　　月　　日												
支給期間	初日	平成　　年　　月　　日				末日	平成　　年　　月　　日						
認定日数		受講日数		通所日数		特定職種受講日数		寄宿日数					
内職（労働日数、収入額）		円		就業手当支給日数		早期就業支援金支給日数							
１　受講者氏名		２　証明対象期間	平成　　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。 ⑴　公共職業訓練等が行われなかった日（日・祝日等）　＝印 ⑵　公共職業訓練等を受けなかった日のうち イ　疾病又は負傷による場合　○印 ロ　イ以外でやむを得ない理由がある場合　△印 ハ　やむを得ない理由がない場合　×印						1	2	3	4	5	6	7	
						8	9	10	11	12	13	14	
						15	16	17	18	19	20	21	
						22	23	24	25	26	27	28	
						29	30	31					
５　特記事項													
上記の記載事実に誤りのないことを証明する。 平成　　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。 平成　　年　　月　　日 受講者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印 支給番号（　　） 公共職業安定所長　殿													
※連絡事項													
備考													

所長		次長		課長		係長		係	

（日本工業規格Ａ列４）

別記様式第８の２　（裏面）

注　意　事　項

１　公共職業訓練等を受けなかった日がある場合は、具体的事情その他必要な事項を５欄に記載すること。

２　申告は正しくすること。申告しなければならない事柄を申告しなかったり、偽りの記載をして提出した場合には、以後失業等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る。

３　６欄及び７欄は、該当する記号を○で囲むこと。なお、６欄又は７欄においてイを○で囲んだ者は、その内容を失業認定申告書により申告すること。

４　６欄及び７欄の「２の期間」は、公共職業訓練等受講開始前及び受講修了後の期間を除くものであること。

５　６欄の「就職」又は「就労」とは、事業主に雇用された場合、自営業を営んだ場合、嘱託になった場合などおよそ職業として認められるものに就いた場合若しくは自営業を開始するための準備やボランティア活動をした場合などであって、１日の労働時間が４時間以上のもの（４時間未満であっても雇用保険の被保険者となる場合は就職又は就労となります。）、又は日雇労働者として臨時に労働したり会社の役員になったりした場合等をいうものであること。なお、賃金などの報酬がなくても就職又は就労したことになるものであること。

６　６欄及び７欄の「内職」又は「手伝い」とは、雇用保険法第19条の「自己の労働によって収入を得た場合」のことをいい、どんな仕事であってもそれによって収入を得た場合又はボランティア活動をした場合などであって、他人の仕事の手助けをした場合などあなたが働いた場合で、「就職」又は「就労」とはいえない程度のものをいうものであること。なお、「内職」又は「手伝い」による収入を得ていない場合も含むものであること。

７　８欄には、該当するものを○で囲むこと。なお、「有」を○で囲んだ者であって「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（　　）内に記載すること。

８　８欄の下の受講者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

また、この証明書の提出を自ら行う場合又は公共職業訓練等の施設の長以外の者に委任する場合は、「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。」を抹消すること。

９　※印欄には、記載しないこと。

別記様式第九、第十の二及び第十一を次のように改める。

別記様式第９（第14条関係）　（表面）

傷病手当に相当する退職手当支給申請書

					受給資格証番号	
申請者	①　氏名		②　性別	男・女	③　生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
診療担当者の証明	④　傷病の名称及びその程度					
	⑤　初診年月日	平成　　年　　月　　日				
	⑥　傷病の経過	平成　　年　　月　　日　　治ゆ、転医、中止、継続中				
	⑦　傷病のため職業に就くことができなかつたと認められる期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで　　日間				
	⑧　上記のとおり証明する。 平成　　年　　月　　日　　電話番号 診療機関の所在地及び名称 診療担当者氏名　　印					