（改２・参考様式９）

　室　蘭　市　長　殿

求職活動等状況報告書

　この報告書は、生活困窮者住居確保給付金の支給決定日から１か月以内に自立相談支援機関に提出し、以後毎月○日（提出期限）までに報告をお願いいたします。

提出書類は、この報告書とあわせて郵送等するか、自立相談支援機関に直接ご提出下さい。

【あなたの状況についてあてはまるものに✔を入れて下さい。**（必須回答）**】

　　１□離職　　　□廃業

□被雇用者（休業中・時短就業中・シフトなし等）□自営業者（休業中・営業不振等）

２□自営業者（休業中・時短営業中・営業不振等）

**離職・廃業以外に**✔**の方は必須回答** → □現在の仕事を続けたい　□転職する意思がある

【この１か月間にあなたが行った活動に✔を入れて下さい。**（必須回答）**】

□**（全員必須）**自立相談支援機関の相談支援員と就職に関する相談をした（　　回）

　　 　　月　　日（　　）　　　窓口 ・ 電話 ・ メール ・ その他

　　　 　　月　　日（　　）　　　窓口 ・ 電話 ・ メール ・ その他

　 　　　　月　　日（　　）　　　窓口 ・ 電話 ・ メール ・ その他

　　月　　日（　　）　　　窓口 ・ 電話 ・ メール ・ その他

□①ハローワーク等での職業相談（経営相談先への経営相談）等を行った（　　 回）

*（提出書類）様式６ 職業相談確認票*の写し

□②常用就職※を目的として、企業に応募した（パート・アルバイト等可）（ 　 回）

※期限の定めのない、または６か月以上の雇用契約による就職

*（提出書類）様式７ 常用就職活動状況報告書*

　　□③生計維持のため、パート・アルバイト・副業等を行った。

（給与以外の業務上の収入を得る機会の増加を図る取組　　　　　　　　（ 　 回））

　ひと月の収入※　　　　　　円

※収入基準額を超えても、常用就職でない場合は直ちに給付は中止されません。

　　□④支援プランにより、就労準備や家計改善に関する支援を受けた

　 　月　　日（　　）

□⑤その他活動方針に応じた求職活動 ※自立相談支援機関が決定したプランに沿った求職活動

　　　（具体的な内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　④、⑤は、支援プランを作成した方がご記入ください。

あなたの状態によって、必要な活動が異なりますので、次頁の別表に沿って、必要書類の提出もれがないようにして下さい。なお、求職活動を怠った場合、住居確保給付金の中止要件となりますので留意して下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　*（※裏面に続く）*

(別表)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | あなたの状態 | 必要とされる求職活動要件（前ページ①～⑤と対応） |
| 自立相談支援機関との相談(月４回以上) | ①ハローワーク相談(月２回以上) | ②企業応募等(原則週１回以上) | ③④⑤その他の活動 |
| 1～６カ月 | 離職・廃業・休業等（就労） | **必須** | **必須** | **必須** | 任意※１ |
| 7～９カ月 | 全　員 | **必須** | **必須** | **必須** | 任意※１ |
|  |  | 自立相談支援機関との相談(月４回以上) | ①経営相談先での経営相談(月１回以上) | ③給与以外の業務上の収入を得る機会の増加を図る取組(月１回以上) | ④⑤プランに沿った活動（家計相談、自営業向けセミナー参加等） |
| 1～６カ月 | 休業等（自立） | **必須** | **必須** | **必須** | 任意※１ |

※１　すでに支援プランを作成されている方は、プランによる活動状況をご記入下さい。

【生活の状態について（任意）】

　住居確保給付金を申請した時点と比較して、その後変わった点についてお伺いします。

　一番近い状況に✔を入れて下さい。（複数回答可。主なもの３つまで）

　□世帯収入が増えた　□世帯収入が減った　□失業（廃業）した　□家族が失業（廃業）した　□転職をしたい　□電気・ガス・水道・携帯電話料金を滞納している　□食べ物に困ることがある　□子どもに必要なもの（学校で使う物や給食費等）を買えない

□（家族も含めて）入院加療が必要な病気にかかった　□お金を借りた／借りたお金を返せない　□家賃の安い住宅に引越しをしたい　□特に変わらない

【生活上のお困りごとについて（任意）】

　　現在、生活上において困っていること、不安なことがありましたら記入して下さい。記入内容について、相談員との面談等を希望される場合は下記に✔を入れて、自立相談支援機関にご提出下さい。こちらからご連絡いたします。

　□面談での相談を希望する □電話での相談を希望する

上記報告に虚偽がないことを申告します。

提 出 日：　　　　年　　　　月　　　　日

氏　　名：

住　　所：　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：