

申立書

以下の事項について申し立てます。


令和 年 月 日


住所：


氏名：

児童との続柄（ ）

在園又は第一希望園	児童氏名	生年月日	年 月 日
在園又は第一希望園	児童氏名	生年月日	年 月 日

求職の場合	ア.求職活動中のため就労証明書が提出できません。	
	活動開始	年 月 から（予定）
	求職方法	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 派遣会社登録 <input type="checkbox"/> 情報誌・求人広告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	求職内容	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ） 職種（ ） ・ 最終面接日（予定日でも可） [年 月 日]
	イ.起業準備中のため就労証明書が提出できません。 [年 月 日から開業予定]	
 ※企業との契約書、備品の発注書（屋号がわかるもの）等を添付してください。		
ウ.その他 []		

自営業等（自営業・内職・農業・漁業等）	事業所名			
	事業所の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外事業所	事業所の住所	
	事業開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	事業主との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族（続柄： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	従業員数	___人（うち親族___人）		
	事業内容			
	 ※事業内容及び就労状況がわかる書類を添付してください。 【例】開業届等（初年度のみ）、確定申告書の写し、業務委託契約書等			
	勤務時間	平日 時 分から 時 分まで 1日あたり 時間		
		土曜日 時 分から 時 分まで 1日あたり 時間		
		その他 時 分から 時 分まで 1日あたり 時間		
	就労実績（直近3か月）	令和 年 月 日/月 円	令和 年 月 日/月 円	令和 年 月 日/月 円
通常の就労日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 不定 <input type="checkbox"/> シフト			
通勤手段及び時間	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） ・ 片道（ ）分			

出産の場合	出産予定日	年 月 日	出産後の就労予定	無 ・ 有（ 年 月 日から）
	産休・育休取得予定の方	年 月 日から 年 月 日まで		
	 ※出産予定日のわかるもの（母子手帳の表紙及び分娩予定日の記載のあるページの写し等）を提出してください。			

※裏面もご覧ください。

病気・けが・障がいの場合	傷病名		入院先 通院先	病院名 所在地
	加療状況	ア.入院 通院平均【()日/月・()日/週】	イ.通院	ウ.自宅療養
	障害者手帳有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神	療養期間	年 月 日 から 日 月 日まで(見込)
	生活制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他 制限内容を具体的に()		

※病気・けがの場合は、医師の診断書(下記に記載でも可)を提出してください。

介護・看護の場合	氏名		児童との 続柄	
	住所	同居 別居 (住所:)	病名又は症状等	
	加療状況	ア.入院 通院平均【()日/月・()日/週】	イ.通院	ウ.自宅療養
	障害者手帳有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体()級 <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神	入院先 通院先	病院名 所在地
	介護・看護を要する理由	※特に別居の場合は、申立者が介護等をする必要性(同居家族及び別居親族が介護できない理由)を具体的に記入してください。		
	介護・看護開始日	年 月 日	介護・看護の日数	平均 日/月

※介護・看護の場合は、医師の診断書(下記に記載でも可)を提出してください。
※就学児を介護・看護の対象者とはできません。

就学の場合	学校名		所在地	通学・通信制
	通学日	週()日〔月・火・水・木・金・土・日〕		
	受講時間	平均 時 分 ~ 時 分まで	卒業予定	年 月 日

※在学証明書又は学生証の写し及びカリキュラム等、在籍期間と受講時間がわかるものを一緒に提出してください。

医療機関診断書欄

患者氏名		生年月日	年 月 日
病名		症状	
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 (期間など:)		
療養見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	保育できない期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
保育への影響	上記疾病等により、自宅での保育は困難と認めます。		
上記のとおり診断します。		医療機関名:	_____
年 月 日	所在地:	_____	_____
	医師名:	_____	印