

保育を必要とする証明書（申立書）

A 求職活動申立書

| | | | | |
|---|--|------|--------|--------|
| 氏名 | | | 児童との続柄 | |
| 離職年月日 (前職がある場合) | 平成・令和 年 月 日 ※雇用保険受給資格者証の写しも添付してください。 | | | |
| 求職活動等開始日 | 令和 年 月 日 から 開始 (予定) | | | |
| 求職活動の方法 | 当てはまる項目に☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 役場等で求人票の閲覧をしている <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 新聞の求人広告等をみて面接などを行っている | | | |
| 求職活動等日数 | 週 日 | 活動時間 | 午前 時 分 | 午後 時 分 |
| 上記のとおり相違ないことを申し立てます。 就労した場合は、速やかに証明書を提出します。また、定められた期間（60日）内に就労しなかった場合及び証明書を提出しなかった場合は認定が取り消され、退所となることに異議ありません。 令和 年 月 日 申立者氏名 ⑩ | | | | |

B 妊娠・出産、疾病・負傷・心身障害申立書

| | | | | |
|--|---------------|-------------|------------|----|
| 疾病等・出産者名 | | | 病名等 | |
| 通院・入院の期間 | 通院 週 回 | 入院 令和 年 月 日 | ～ 令和 年 月 日 | 予定 |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 出産予定 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを申し立てます。 令和 年 月 日 申立者氏名 ⑩ | | | | |
| 疾病の場合は1を、障害の場合は1と2又は3を、妊娠・出産の場合は4を添付してください。 1. 診断書 2. 身障者手帳の写し 3. 療育手帳の写し 4. 母子手帳の写し | | | | |

C 看護・介護等申立書

| | | | | |
|--|--------|-------------|------------|-------------|
| 病気等の家族名 | | | 児童との続柄 | |
| 病名等 | | | 看護期間 | 令和 年 月 日 から |
| 通院・入院の期間 | 通院 週 回 | 入院 令和 年 月 日 | ～ 令和 年 月 日 | 予定 |
| 看護等の状況 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを申し立てます。 令和 年 月 日 申立者氏名 ⑩ | | | | |
| 1の診断書及び下記2から4のいずれかの証明書等を添付してください。 1. 診断書 2. 身障者手帳の写し 3. 療育手帳の写し 4. 介護保険証(認定済)の写し | | | | |

D 学校・職業訓練に通学している人(通学予定の人)

| | | | | |
|--|-------------------------|--|--------|--|
| 氏名 | | | 学校等の名称 | |
| 在学期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | | |
| 就学時間 日数 | ◆午前 時 分 から 午後 時 分 まで | | | |
| | ◆1日当たりの平均就学時間 時間 分 | | | |
| | ◆1週間当たりの平均就学日数 日 | | | |
| | ◆1か月当たりの平均就学時間 時間 分 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを申し立てます。 令和 年 月 日 申立者氏名 ⑩ | | | | |

※在学証明書及び就学時間が確認できる資料を添付してください。

保護者記入欄

| | | |
|-----|------------|------------------|
| 児童名 | 生年月日 年 月 日 | 園☐利用中 ☐申込中(第1希望) |
| 児童名 | 生年月日 年 月 日 | 園☐利用中 ☐申込中(第1希望) |
| 児童名 | 生年月日 年 月 日 | 園☐利用中 ☐申込中(第1希望) |

診 断 書

《保護者用》

保育所等利用申込提出用

| 《診断を受ける方》 | |
|--------------------|---|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 児童との続柄 | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 () |
| 初診年月日 | 年 月 日 |
| 病 名 | |
| 入院期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |
| 通 院 及 び 今後の療養期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |
| | (通院 週 回 または 月 回) ※見込みで構いませんので、療養期間については必ず記入して下さい。 |
| 日常生活 | <input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし ※該当するものに☑を付けてください。 |
| 日常保育 | <input type="checkbox"/> できない状態である <input type="checkbox"/> 特に影響なし <input type="checkbox"/> 保育の軽減が必要 (週 4～5 日程度) <input type="checkbox"/> 保育の軽減が必要 (週 2～3 日程度) ※該当するものに☑を付けてください。 |
| 症状及び所見 | ※児童の保育ができない状況を具体的に記入して下さい。 |
| 令和 年 月 日 | |
| 医 療 機 関 | |
| 所 在 地 | |
| 電 話 番 号 | |
| 医 師 名 | |
| (印) | |

《保護者の方へ》

「通院及び今後の療養期間」を保育に欠ける期間とみなします。症状が軽減されましたら、必ず屋久島町福祉支援課までご連絡ください。