

申告書並びに証明書

年 月 日

上牧町長 様

住 所			
申告する者の氏名	印	児童との続柄	
入所児童名		年 月 日生	

保護者または児童の保育に当たっている者の形態について次のとおり申告します。

1. 以下、事業所記入欄（保護者が記入した場合は無効となります。）

就職(予定)年月日	年 月 日	職種	通勤時間 片道 約 分
月間平均勤務時間（休憩時間を除く）	<input type="checkbox"/> 120時間以上 <input type="checkbox"/> 64時間以上		時 分から 時 分まで
週()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)	土日の勤務	<input type="checkbox"/> 毎週・ <input type="checkbox"/> 隔週・ <input type="checkbox"/> 不定期
月平均 日間			
上記のとおり、就労していることを証明します。 証明日： 年 月 日 雇用形態（正職員・派遣社員・パート・その他（ ）） 事業所所在地： 事業所名称： 代表者名：			
印			
注) 自営業の方は、申請時に開業届出書（控）、営業許可書（写し）、会社発行の社会保険証（写し）いずれも提出できない場合は最新の確定申告書（控）等、事業による収入を確認できる物を添付してください。			

2. 母親の妊娠・出産等

出 産 (予 定) 年 月 日	出産(予定)日： 年 月 日	○復職予定日： 年 月 日
産前・産後休暇の期間	年 月 日から 年 月 日まで取得予定	

3. 保護者等の疾病等（入院・居宅療養）

病名（入院・通院）		
上記のことを確認しました。 年 月 日		
地区担当民生委員 氏名	印	TEL

4. 親族の介護・看護（入院・居宅療養）

介護・看護される者の氏名		介護する者との続柄
月間介護・看護時間	<input type="checkbox"/> 120時間以上 <input type="checkbox"/> 64時間以上	
介護・看護状況	年 月から 年 月まで（毎日・月15日以上・月15日未満）	
上記のことを確認しました。 年 月 日		
地区担当民生委員 氏名	印	TEL

7. 就学等

修学（予定）期間	年 月 日から 年 月 日まで就学（予定）
----------	-----------------------

9. 育児休業等

育児休業の期間	年 月 日から 年 月 日まで取得（予定）
---------	-----------------------

※ 1・4の時間は**64時間以上**が必要です。（足りない場合は利用できません。）

※ 2の対象者は母子手帳の写し等、3・4の対象者で入院・通院の場合は診断書、7の対象者は学生証等添付