

状況申告書

⑥

児童名		児童名	
-----	--	-----	--

父親	母親	その他 ()	氏名	
----	----	---------	----	--

該当する項目の□にチェックをして、項目毎に記載してある内容にそって裏面の記載、添付書類の添付をしてください。

1	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 勤務(自営業・家族経営以外) 園から勤務地までの通勤時間を記入してください。(片道) _____ 時間 _____ 分 ・就労証明書(別紙)にて事業所から証明を受けて添付してください。(裏面の記載は必要ありません) <input type="checkbox"/> 自営業・家族経営 ・裏面の「就労状況申告書(自営業・農業)」欄を記入してください。 ・(法人の場合) 屋号記載欄に代表者印(会社実印)を押印してください。 ・(法人でない場合) 前年度の確定申告書(第一表・第二表) 写し又は営業証明書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 農業 ・裏面の「就労状況申告書(自営業・農業)」欄を記入し、事業主の証明を受けて下さい。 ・事業主の平成30年分確定申告書(第一表・第二表) の写しを添付してください。 ・事業主の耕作証明を添付して下さい。
2	<input type="checkbox"/> 出産	出産日 _____ ・ 出産予定日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・母子健康手帳(表紙及び出産予定日がわかるページのコピー)を添付してください。
3	<input type="checkbox"/> 病氣	<input type="checkbox"/> 入院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より _____ ヶ月(見込み) ・裏面の<診断書>欄を医師に記入してもらってください。 <input type="checkbox"/> 通院 ・裏面の<診断書>欄を医師に記入してもらってください。
4	<input type="checkbox"/> 障がい	身体障害者手帳 _____ 級 精神保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 _____ 程度 ・手帳のコピーを添付してください。 ・裏面の<診断書>欄を医師に記入してもらってください。
5	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 入院 付添(介護)時間 _____ 週 _____ 回 _____ 日 _____ 時間 患者氏名 _____ 児童との続柄 _____ ・裏面の<診断書>欄を医師に記入してもらってください。 ・裏面の【証明書】欄に民生委員等の証明をもらってください。 <input type="checkbox"/> 在宅 付添(介護)時間 _____ 週 _____ 回 _____ 日 _____ 時間 被介護者氏名 _____ 児童との続柄 _____ ・介護保険証(両面)のコピーを添付してください。(介護認定のないものは無効) ・裏面の【証明書】欄に民生委員等の証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 共通(別居の場合)別居親族の看護・介護申立書
6	<input type="checkbox"/> 災害復旧	・罹災証明書を添付してください。
7	<input type="checkbox"/> 求職活動	・ハローワークの登録証のコピーを添付してください。 すでにハローワークの登録証をお持ちの方は、面接履歴等求職活動の実績が分かる書類を添付してください。 登録証の再発行では求職活動の証明にはなりません。
8	<input type="checkbox"/> 起業準備	・事業計画書を添付してください。
9	<input type="checkbox"/> 就学	期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 学校名 (_____) ・在学証明書又は合格通知書を添付してください。

就労状況申告書(自営業・農業)

1	(自営業の場合) 屋号	屋号 _____ 印 _____ 代表者名 _____	所在地 _____ 電話番号 _____
	(農業の場合) 事業主	事業主氏名: _____	主な耕作場所: _____ 児童との続柄: _____
(共通) 就労内容	○ 1日の就労時間 ※休憩時間を含む 平日 午前 時 分 ~ 午後 時 分 (時間 分就労) 土曜日 午前 時 分 ~ 午後 時 分 (時間 分就労) ○ 仕事内容 _____ ○ 職場から保育所までの片道の所要時間 約 時間 分 ○ 1ヶ月の就労日数 (平均) 約 日 ○ 1ヶ月の合計就労時間 (平均) 約 時間 (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"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定期 ○ 就労開始年月日 令和 年 月 日 ※産後休暇・育児休暇から復帰の場合は職場復帰日		

上記の通り相違ないことを証明します。 事業主
 令和 年 月 日 _____ (印)

診断書

3 ・ 4 ・ 5 (看護)	患者	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____
	病名	_____
	加療見込期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	■加療の方法	通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他(_____)
	■傷病の程度	絶対安静 ・ 常時看護人必要 ・ その他(_____)
上記のとおり診断します。		令和 年 月 日 医師 住所 _____ 氏名 _____ (印)

証明書

5	(在宅介護・看護)する人	氏名 _____
	(在宅介護・看護)される人	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____
	病名(または要介護度)	_____
	加療見込期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	■加療の方法	通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他(_____)
■(在宅介護・看護)する人は(在宅介護・看護)される人を1日 _____ 時間 _____ 週 _____ 日の(在宅介護・看護)を (しています・する予定です)		
上記の通り相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
証明者	役職名 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他(_____)	施設名 _____ 氏名 _____ (印)