保育を必要とする事由証明書及び申立書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | |  | 施設名 | |  |
| 児童氏名 | 氏名 | | | 氏名 | |
| 氏名 | | | 氏名 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **就労（予定）証明** | 氏　名 |  | | | 児童との続柄 |  |
| 就労時間 | | 平 日 | 時　　　分～　　　時　　　分 | | １日平均　　　　時間  月平均　　　　日勤務 |
| 土曜日 | 時　　　分～　　　時　　　分 | |
| 就労年月日 | | □就労（　　　年　　月　　日から）□就労予定（　　　年　　月　　日から） | | | |
| 産休・育休 | | □産休（　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日まで）  □育休（　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日まで） | | | |
| 職　　種 | |  | | 通勤時間 | 片道約　　　　分 |
| 雇用形態 | | □常勤（週　　　　日勤務）　　□非常勤・パート（週　　　　日勤務）  □内職　　　　　　　　　　　 □その他 | | | |
| その他 | | 残業時間等特記事項がありましたらご記入ください。 | | | |
| 上の通り相違ないことを証明します。　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  所在地  事業所名  代表者　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ㊞  電話番号 　（　　　　　　 ）　　　　　　 ― | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **自営業従事証明** | 従事者氏名  ※１世帯１枚 |  | 児童との続柄 | |  |
|  | 児童との続柄 | |  |
| 業種 |  | 就業地 | 自宅　・　自宅外 | |
| 就業年月日 | * 年 　　　月から就労・□　 　　年 　　　月から就労予定 | | | |
| 就業時間 | 時　　　分～　　　時　　　分（１日平均　　　時間・月平均　　　日） | | | |
| その他 |  | | | |
| 上のとおり相違ないことを証明します。　　　　令和　　　年　　　月　　　日  児童民生委員  住所　錦町大字  氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **求職活動申立書** | 氏　名 |  | 児童との続柄 |  |
| ハローワーク求職受付票等、求職活動状況のわかる書類を添付します。 | | | |
| 私は現在求職中ですが、９０日以内に就労できない場合は、保育の実施解除（退園）の決定を受けても異議申し立てしません。  錦町長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所　錦町大字  氏名 ㊞ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **保育を必要とする事由申立書** | 氏　　名 | | ㊞ | 児童との続柄 |  |
| 次のとおり、保育ができないことを申し立てます。 | | | | |
| 保育を必要とする事由 | 該当する事由 | 状 況 記 入 欄 | | |
| □産前・産後 |  | | |
| □疾病・障がい等 |  | | |
| □災害復旧 |  | | |
| □就学・職業訓練 |  | | |
| □その他 |  | | |
| 添付書類の該当する番号に○をしてください | １　母子手帳（コピー）  ２　医師の診断書  ３　身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳（コピー）  ４　介護される方の診断書または各種障害者手帳・障害福祉サービス  受給者証、認定済の介護保険証、介護サービス計画書など（コピー）  ５　罹災証明書  ６　学生証（コピー）または在学を証明できる書類  ７　職業訓練を受講していることが分かる書類及びカリキュラム（コピー） | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⑤介護・看護等** | 氏　名 |  | | 児童との続柄 |  |
| 次のとおり介護等にあたっているため、保育ができないことを申し立てます。 | | | | |
| 介護等の対象者氏名 | |  | | |
| 介護・看護の内容  平均介護･看護日数 　　　日／月　　　　　　　　　平均介護･看護時間　　　　時間/月 | | | | |
| 上のとおり相違ないことを証明します。　　　　 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　 児童民生委員  住所　錦町大字  氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |