

申立書

(提出先) 小坂町長

提出日 年 月 日

氏名 _____ 父・母・その他()

住所 _____

生年月日 年 月 日 電話番号 _____
自宅・父携帯・母携帯・その他()

下記の事項について、事実と相違ないことを申し立てします。

児童氏名		生年月日	年 月 日	利用施設	
児童氏名		生年月日	年 月 日	利用施設	
児童氏名		生年月日	年 月 日	利用施設	

事由	内容		
①求職活動 ※起業準備含む	確認事項	<input type="checkbox"/> 認定期間が、利用を希望する期間の開始日から90日後の月末までとなることを確認済みです。	
	活動開始(予定)日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 起業準備	
	添付書類	<input type="checkbox"/> ハローワークカードの写し(起業準備除く)	
②妊娠・出産 ※雇用されていないかたのみ	確認事項	<input type="checkbox"/> 認定期間が、利用を希望する期間の開始日から産後8週が属する月の月末までとなることを確認済みです。	
	分娩予定日	年 月 日	
	期間後の予定	<input type="checkbox"/> 求職予定 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 退園予定 ※期間更新の手続きは必要です。	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 母子手帳の表紙と分娩日がわかるページの写し	
③疾病・障害	疾病	病名 _____ 通院先 _____	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書の写し(3か月以内に発行されたもの)	
	障害	添付書類 <input type="checkbox"/> 障害の確認ができる書類(各障害の手帳等)の写し	
④介護・看護	対象者氏名	_____ 児童との続柄 _____	
	障害等の程度・病名	<input type="checkbox"/> 障害(<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 級) <input type="checkbox"/> 介護(要介護度: _____) <input type="checkbox"/> 疾病(病名: _____)	
	添付書類	必須	<input type="checkbox"/> 介護・看護状況申告書
		いずれか一つ	<input type="checkbox"/> 障害の確認ができる書類(各障害の手帳等)の写し <input type="checkbox"/> 要介護の確認ができる書類(介護保険証等)の写し <input type="checkbox"/> 診断書の写し(3か月以内に発行されたもの)
	介護等に要する時間	(日曜・祝日を除く) 週 ___ 日 × 1日 ___ 時間程度	※町記入 月 時間
⑤就学等	通学先	_____ 就学内容 _____	
	就学期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	就学時間	(日曜・祝日を除く) 週 ___ 日 × 1日 ___ 時間程度	※町記入 月 時間
	添付書類	<input type="checkbox"/> 入学・受講の確認が出来る書類(入学証や受講証明書等)の写し <input type="checkbox"/> 就学内容の詳細がわかる書類(時間割等)の写し	
⑥災害復旧	状況	_____	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 罹災証明書の写し	
⑦その他	_____		