記　入　例

※記入前にお読みください。
※修正がある場合は二重線で訂正してください。
※当てはまる事由に☑を記入のうえ、必要事項を記入してください。

との申告書

令和　〇年　〇月　〇日

大和町吉岡まほろば一丁目１番地の１
大和　太郎
〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

対象となる方の情報を必ず記入してください。

【介護・看護】

介護・看護する方	氏名	大和　太郎		児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他（　　）
介護・看護される方	氏名	大和　一郎	年齢 〇〇歳	児童との続柄	祖父 ・ 祖母 ・ その他（　　）
		□同居　☑別居（住所：大和町吉岡まほろば一丁目１番地の２　　）			
介護・看護を必要とする理由	☑身体障害者手帳　１種　１級　□精神障害者保健福祉手帳　　級　□療育手帳　A ・ B				
	□介護保険被保険者証（要介護　１・２・３・４・５　要支援　１・２）　□その他（病名等：　　）				
デイサービスの利用	☑利用していない　□利用している（サービスの内容：　　）				
介護・看護の状況	☑自宅介護・看護	☑家事援助 ☑食事補助 □衣服着脱 ☑入浴補助 □排泄補助 □その他（　　）			
	☑入院・通院の付き添い	入院・通院先（医療機関名：〇〇病院　所在地：大和町吉岡まほろば〇丁目〇番地の〇）			
	□施設通所の付き添い	通所先（施設名：　　所在地：　　）			
介護・看護の日数・平均時間 ※24時間表記・休憩を含んだ時間でご記入ください	一月あたり　30　日	☑月 ☑火 ☑水 ☑木 ☑金 ☑土 ☑日 ☑祝日	※介護・看護を行う曜日に☑を入れてください		
	平　日	合計：11 時間 00 分	0 時 00 分		
	土　曜	合計：11 時間 00 分	0 時 00 分		
	日曜・祝日	合計：11 時間 00 分	9 00 分 ～ 20 時 00 分		
その他具体的な介護・看護内容	先日自宅内で転倒あり。治療のため通院中				
添付書類	□診断書　☑身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手帳　□療育手帳　□介護保険被保険者証のいずれかの写し一点				

上記で記載していただいた介護・看護の他に何かあれば記入してください。

【就学】

就学者氏名	大和　太郎			児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他（　　）
学校名	〇〇専門学校		就学期間	〇年　〇月　〇日　～　〇年　〇月　〇日	
学校の種類	□大学 □大学院 □短期大学 ☑専門学校 □各種学校 □その他（　　）				
就学日数	一月あたり　20　日				
就学時間	一月あたり　100　時間				
就学の時間帯 ※24時間表記・休憩を含んだ時間でご記入ください	月	10時 00分 ～ 15時 00分	火	10時 00分 ～ 15時 00分	
	水	10時 00分 ～ 15時 00分		～ 15時 00分	
	金	10時 00分 ～ 15時 00分		～　時　分	
	日	時　分 ～ 時　分			
添付書類	☑在学証明書 ☑時間割やカリキュラムのわかる書類		※自宅受講等で時間割が存在しない場合は、１か月で受講しなければならない時間が明記された書類を提出してください。		

日によって受講時間が違う場合は、各曜日の平均時間を記入してください。

保護者記載欄	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
		令和　年　月　日		
	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
		令和　年　月　日		

必ず該当となる児童名全員分を記入してください。

留守家庭であることの申告書

令和　〇年　〇月　〇日

住　　所　大和町吉岡まほろば一丁目１番地の１
氏　　名　大和　太郎
電話番号　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記の事項について事

産前休暇は出産予定日の６週前（４２日前）から利用可能です。

産前休暇は出産予定日から８週後（５６日後）を経過する日の翌日が

【妊娠・出産】

産前休暇	〇 年 9 月 20 日 ～ 〇 年		
産後休暇	〇 年 11 月 16 日 ～ 〇 年 1 月 31 日		
出産予定日	〇年 11月 15日	休業・休暇後の予定	復　帰 ・ 退　職 ・ 求　職 ・ 就　職
添付書類	☑就労証明書（入所中の方のみ） ☑母子手帳の写し（保護者氏名・出産予定日が記載されている部分）		※休業後に復帰しない場合（退職する場合）は、保育所を退所することになりますのでご注意願います。また、「育児休業」とは、**厚生労働省の育児休業等給付を受けられる休業に限り、企業独自の育児休暇は認められませんのでご注意くださ**

【疾病・障害等】

療養者氏名	大和　太郎	児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他（　　）
療養の状況	☑居宅療養　□入院中　□通院中　□その他（		
療養予定期間	〇年　〇月　〇日 ～ 〇年		
疾病名称	〇〇〇〇〇	医療機関名	〇〇〇〇〇病院
通院頻度	一月あたり 4 日	通院所要時間	自宅から 2 ｋｍ　病院内滞在時間 60 分
保育困難な理由	〇〇〇〇で保育が困難なため		
添付書類	☑診断書　□身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手		認できる書類

各種手帳をお持ちの場合は、手帳の交付日を記入してください。

体的にご記入ください

必ず該当となる児童名全員分を記入してください。

保護者記載欄	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
		令和　年　月　日		
	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
		令和　年　月　日		
	児童名	生年月日	施設名	□利用中　□申込中（第１希望）
		令和　年　月　日		