

留守家庭となる事由が【自営業・内職】【妊娠・出産】【介護・看護等】【就学】【疾病・療養】のみ使用できます。

留守家庭となることの申告書（証明書）

※油性ボールペンなど、容易に消えないもので記入してください。

※摩擦熱でインクが消えるペンは使用しないでください。

下記の太枠内の必要事項をご記入ください

		記入日	令和	年	月	日
保護者氏名	フリガナ	児童との続柄	父・母・その他()			
児童氏名① 生年月日	平成・令和 年 月 日(歳)	利用(第1希望) 児童クラブ名				
児童氏名② 生年月日	平成・令和 年 月 日(歳)	利用(第1希望) 児童クラブ名				

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

該当する留守家庭となる事由に☑チェックをし、必要事項を記入してください。

■ 自営業・内職 ※会社等に勤務されている方は、別途様式「就労証明書」にご記入ください						
氏名	☐事業主 ☐専従者 ☐その他					
就労者住所	〒 -					
事業所の所在地	☐同上 ☐事業所の住所(〒 -)					
仕事の内容(具体的に)				事業開始年月日	年 月 日	
就労日数(固定勤務)	一月あたり 日	就労時間(固定勤務)	一月あたり 時間	☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐日 ☐祝日	※就労する曜日に☑を入れてください	
就労時間 ※24時間表記・休憩を含んだ時間で記入ください	平日	合計： 時間 分	時間 分	～	時間 分	
	土曜	合計： 時間 分	時間 分	～	時間 分	
	日曜・祝日	合計： 時間 分	時間 分	～	時間 分	
就労日数(変則勤務)	一月あたり 日	就労日数(変則勤務)	一月あたり 時間	☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐日 ☐祝日	※就労する曜日に☑を入れてください	
就労実績	前々月 月分	一月あたり 日	前月 月分	一月あたり 日		
支給額	前回 月分	一月あたり 円	今回見込 月分	一月あたり 円		
特記事項						
就労(自営業・内職)の証明者の方へ	●訂正する場合は二重線を引いて訂正してください。 ●証明内容等の確認のため、大和町から従事(事業)先等に直接連絡させていただく場合があります。			事業所の住所	_____	
				事業所の名称	_____	
上記のとおり証明します。	証明日 令和 年 月 日			事業主氏名	_____	
				事業所の電話番号	_____	

■ 妊娠・出産						
産前休暇	年 月 日 ~			年 月 日		
産後休暇	年 月 日 ~			年 月 日		
育児休暇	年 月 日 ~			年 月 日		
出産予定日	年 月 日	休暇後就労予定	復帰・退職・求職・就職			
添付書類	☐就労証明書(利用中の方のみ) ☐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)			※休暇後に復帰しない場合(退職する場合=専業主婦状態)や育児休暇を取得する場合は、放課後児童クラブを退所することになりますのでご注意願います。		

■ 介護・看護等				
介護・看護する方	氏名		児童との続柄	父・母・その他()
介護・看護される方	氏名	(年齢 歳)	児童との続柄	祖父・祖母・その他()
	□同居 □別居(住所:)			
介護・看護を必要とする理由	□身体障害者手帳 種 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:)	所在地:)
	□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	一月あたり	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:	時間 分	時 分 ~ 時 分
	土曜	合計:	時間 分	時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日	合計:	時間 分	時 分 ~ 時 分
※24時間表記・休憩を含んだ時間でご記入ください				
その他具体的な介護・看護内容				
添付書類	□診断書の原本または写し □療育手帳の写し □身体障害者手帳の写し □精神障害者保健福祉手帳の写し □介護保険被保険者証の写し			

■ 就学				
就学者氏名			児童との続柄	父・母・その他()
学校名		就学期間	年 月 日 ~ 年 月 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		日	一週あたり
就学時間	一月あたり	時間	一週あたり	時間
就学の時間帯	月	時 分 ~ 時 分	火	時 分 ~ 時 分
	水	時 分 ~ 時 分	木	時 分 ~ 時 分
	金	時 分 ~ 時 分	土	時 分 ~ 時 分
	日	時 分 ~ 時 分	※通信制の場合、事業者発行のカリキュラム等により時間的な拘束性があることを確認できる書類の提出があれば認められる場合がありますのでご相談ください。	
添付書類	□在学証明書 □その他()			

■ 疾病・療養				
療養者氏名			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	年 月 日 ~ 年 月 日			
疾病名称		医療機関名		
通院頻度	一週あたり	日	一月あたり	日
		通院所要時間	自宅から	病院内滞在時間
			km	分
保育困難な理由	※具体的にご記入ください			
添付書類	□診断書の原本または写し □療育手帳の写し □身体障害者手帳の写し □精神障害者保健福祉手帳の写し			