

# 出産・病気・介護（看護）申立書

東川町長 宛

令和 年 月 日

在園児・利用希望対象児童

児 童 名	クラス名 (利用希望者は生年月日)	性 別	担 任
		男・女	
		男・女	
		男・女	

○出産申立書

出産者氏名		出産予定日	
添付書類	母子健康手帳の表紙および出産予定日の記入があるページの写し		

○病気申立書

該当者名		生年月日		児童との続柄	
病名・障害名等			病院名		
治療期間	R 年 月 日～R 年 月 日見込 { 1 入院 2 通院(週 回) 3 自宅療養 }				
添付書類	1 診断書 2 身体障害者手帳の写し 3 療育手帳の写し 4 その他 ( )				

○介護（看護）申立書

要介護（看護）者名		生年月日	
児童との続柄		病名・障害名等	
同居・別居	1 同居 2 別居（住所： ）		
介護（看護）日数	平均 日／月	介護（看護）時間	平均 時間／日
介護（看護）の内容			
添付書類	1 診断書 2 身障者手帳の写し 3 療育手帳の写し 4 介護保険被保険者証の写し 5 その他 ( )		

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

申立者住所 \_\_\_\_\_  
申立者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

# 在学証明書

令和 年 月 日

東川町長 宛

以下の事項について  
事実と相違ないことを証明します。

学校名 ㊟

所在地

電話番号

担当者（記入者）名

次の者は本校に在学中、在学予定であることを証明します。

氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
在籍学部・学年	※在籍学部がない場合は、所属や現在専攻している分野を記入してください。		
入学日 (予定)	年 月 日	卒業日 (予定)	年 月 日
※休学中の場合	年 月 日から 年 月 日まで 理由（ ）		
就学日数	・ 月 日 ・ 週 日	定休日	○をつけてください。 月・火・水・木・金・土・日・不定休
就学時間	月曜	時 分 ~ 時 分まで	
	火曜	時 分 ~ 時 分まで	
	水曜	時 分 ~ 時 分まで	
	木曜	時 分 ~ 時 分まで	
	金曜	時 分 ~ 時 分まで	
	土曜	時 分 ~ 時 分まで	
	日曜	時 分 ~ 時 分まで	合計 週 時間程度
備考			

※記入者様へ

- ・お手数ですが、すべての項目について漏れのないようにご記入ください。学校印も必ず押印してください。
- ・証明内容を確認させていただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- ・証明内容に不正が認められた場合は、入所・在園を取り消す場合があります。
- ・この証明書は保育施設入所・在所のために使用するものであり、その他の目的に使用することはありません。

※保護者記入欄（必ず記入してください）

在園児・利用希望対象児童

児童名	クラス名（利用希望者は生年月日）	性別	担任
		男・女	
		男・女	
		男・女	

お問い合わせ：東川町幼児センター/子ども未来課（TEL 0166-82-3400）

# 求職活動申立書

東川町長 宛

令和 年 月 日

在園児・利用希望対象児童

児 童 名	クラス名 (利用希望者は生年月日)	性 別	担 任
		男・女	
		男・女	
		男・女	

申立内容

氏 名	児童との続柄
求職活動開始日	令和 年 月 日 (退職日 令和 年 月 日)
求職活動状況 (該当するものに全てチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> インターネット、求人誌等で仕事を探している。 <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣に登録して、仕事を探している。 <input type="checkbox"/> 雇用証明書を準備中 ( <input type="checkbox"/> 就労中、 <input type="checkbox"/> 就労予定 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
該当するものいずれかにチェックを入れてください。	
未認定の方 <input type="checkbox"/> 児童が認定を受けた日から3ヶ月以内に就労し、「雇用証明書」を提出します。 認定済の方 <input type="checkbox"/> 保育の必要性を証する事由が消滅した翌日から3ヶ月以内に就労し、「雇用証明書」を提出します。	
上記の通り相違ないことを申し立てます。 また3ヶ月以内に就労しなかった場合には、認定の取り消し、退園になることを承諾いたします。	
令和 年 月 日	
申立者住所 _____	
申立者氏名 _____ (印)	
電話番号 _____	

(以下、民生委員記入欄)

## 調査結果 [ 所見 ・ 状況報告 ]

以上、本人の申し出について確認しました。

令和 年 月 日

民生委員住所 \_\_\_\_\_

民生委員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

お問い合わせ：東川町幼児センター/子ども未来課 (TEL 0166-82-3400)

(きょうだい保育関係)

## 育児休業等証明書

本人（保護者） 氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）  
住所 \_\_\_\_\_

対象となる子ども（生まれた子ども） 氏名 \_\_\_\_\_（ 年 月 日生）

※手続きの対象となる児童を把握するため、提出時に記入してください。

(フリガナ) 利用（希望） 児童氏名 年 月 日生	利用（希望）施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中
(フリガナ) 利用（希望） 児童氏名 年 月 日生	利用（希望）施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中

（以下、会社記入欄）

上記の者の育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律等の規定による育児休業期間は下記のとおりです。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日  
(証明日) 令和 年 月 日

(あて先) 東川町子ども未来課長

会社名

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

発行担当者: \_\_\_\_\_

担当電話番号: \_\_\_\_\_

（以下、民生委員記入欄）

※仕事をされていない方は、地区担当民生委員に確認を依頼してください。

本人の申し出について、当該保護者の出生後1年未満の子ども以外の小学校就学前子どもが特定教育・保育施設等を利用することが必要であると認められることを確認しました。

令和 年 月 日

民生委員住所: \_\_\_\_\_

民生委員氏名: \_\_\_\_\_ 印