

申立書兼誓約書

R8. 9改訂

在園名又は第1希望園	児童氏名	生年 月 日	年 月 日	受付
------------	------	-----------	-------	----

1 就労認定事由を満たす就労証明書が提出できない場合 ※就労時間が月60時間以上の就労証明書が提出されるまでは <u>求職活動扱い</u> となります。	ア. 就労先は内定していますが、就労実績がないため就労証明書の交付が受けられません。 〔内定先 所在地 就労開始 月 日から予定 〕
	イ. 求職活動中のため就労証明書が提出できません。裏面に活動状況を申告します。 【活動開始】 年 月から(予定) 【求職方法】 ☐ ハローワーク ☐ 派遣会社登録 ☐ 情報誌・求人広告 ☐ その他() 【求職内容】 ☐ 正規 ☐ 派遣 ☐ パート・アルバイト ☐ 内職 ☐ その他() 職種()・週()回・一日()時間
	ウ. 就労時間が月60時間未満のため、求職活動扱いとなることを了承します。
	エ. 起業準備中のため就労証明書が提出できません。〔 年 月 日から開業予定〕
	オ. その他〔 〕
月60時間以上の就労を認定期間の翌月末までに開始し、認定期間内に就労証明書を提出します。 なお、教育・保育給付認定において、引き続き求職活動扱いで入園を希望する場合は、認定の有効期間内に、再度、認定申請書兼保育利用申込書を提出し、再入園できないこともあることを了承した上で利用調整を受けます。	

↑イの場合、裏面2に求職活動状況を必ず記入してください。また、ハローワーク登録証等の写しをお持ちの場合は一緒に提出してください。

2 出産の場合	出産(予定)年月日	年 月 日	出産後の就労予定	無・有(年 月 日から)
	産休・育休取得予定の方	年 月 日から	年 月 日まで	

↑母子手帳の表紙及び分娩予定日(保護者による記載も可)の記載のあるページの写しを、一緒に提出してください。

3 病気・けが・障がい の場合	傷病名	入院先 通院先	病院名	
	加療状況	ア. 入院 イ. 通院 ウ. 自宅療養 通院平均〔()日/月・()日/週〕	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで(見込)
	障害者手帳有無	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 身体()級 ☐ 療育(A・B) ☐ 精神()級		
	生活制限	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 仕事 ☐ 家事 ☐ 育児 ☐ その他 制限内容を具体的に〔 〕		

↑医師の診断書(裏面1の書式でも可)等を提出してください。障害者手帳等が交付されている方は医師の診断書は不要です。

4 介護・看護 の場合 ※裏面3に必ず介護・看護内容と時間を記入してください。	介護・看護が必要な方	氏名	児童との続柄			父・母・祖父・祖母・曾祖父・曾祖母・()	
		住所	同居・別居()				
		病名又は症状等					
		加療状況	ア. 入院 イ. 通院 ウ. 自宅療養	療養期間・通院平均	年 月 日から 年 月 日まで 通院()日/月・()日/週	入院先 通院先	病院名
		障害者手帳有無	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 身体()級 ☐ 療育(A・B) ☐ 精神()級				
		介護保険の利用	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 要介護度() ☐ 要支援()				
		介護・看護を要する理由	(特に別居の場合は、申立者が介護等をする必要性(同居家族及び別居親族が介護できない理由)を具体的に記入)				
		介護・看護の内容	☐ 自宅介護 ☐ その他〔例:食事、トイレ、入浴の介助〕 ☐ 入通院付添 ☐ 施設通所付添				
介護・看護開始日	年 月 日	介護・看護の日数	平均 日/月	介護・看護の時間	平均 時間/日		

↑介護保険証(介護度の記載があるもの)やケアプランの写し等又は医師の診断書を一緒に提出してください。

障害者手帳が交付されている方は医師の診断書は不要です。裏面3のタイムスケジュール申告欄を必ず記入してください。

5 就学の場合	学校名	所在地	通学時間		
	通学日	週()日〔月・火・水・木・金・土・日〕	受講時間	平均 時 分～ 時 分	休み時間
	卒業予定	年 月 日	卒業後の就労予定	無・有	

↑在学証明書または学生証の写し及びカリキュラム等、在籍期間と受講時間がわかるものを一緒に提出してください。

※裏面3のタイムスケジュール申告欄を必ず記入してください。

上記のとおり、申し立て(誓約)します。

静岡県 葵・駿河・清水 区 年 月 日

(宛先) 静岡市長
静岡市 葵・駿河・清水 福祉事務所長 住所

氏名 児童との続柄
(父・母・祖父・祖母)

(注)上記1から5のいずれかに該当する方が必ず申し立ててください。

1 医療機関診断書欄

患者氏名		生年月日	年	月	日
病 名					
症 状					
療養見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
受診状況	☐ 通院（月・週 日程度） ☐ その他（ ） ☐ 入院（期間など： ）				
保育への影響	上記疾病等により、自宅での保育は（ 困難 ・ 支障あり ・ 支障なし ）と認めます。				
上記のとおり診断します。					
年 月 日		医療機関名： _____			
		所在地： _____			
		医師名： _____ 印			

※病院指定の診断書による場合は、上記項目を全て記載していただくよう医療機関に依頼してください。

2 求職活動状況申告欄

直近3か月の活動状況を下記のとおり申告します。

例)

活動日	場 所	活動内容ほか
RO.4.11	ハローワーク	ハローワークで就職相談 AA商事(株)を紹介された
RO.4.18	AA商事株式会社	面接を実施
RO.4.22	BB商事株式会社	就労先内定 5月10日から就労開始予定

- ・ 直近3か月の活動状況が確認できない場合は、活動を休止しているものとみなします。必ずご記入ください。
- ・ 活動状況の確認については、自身による申告の代わりに公的機関が発行した証明書類の提出でも可能です。

3 タイムスケジュール申告欄 ①介護・看護 ②就学 ③その他

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夜間							

- ・ ②は時間割表等の資料で確認できる場合は記入不要です。
- ★ この申立書兼誓約書の記載内容は、利用調整(教育・保育給付認定の場合)の際、保育を必要とする事由を確認する資料となるため、事実のとおり、ご記入ください。記入内容の確認のため、必要に応じて問合せをすることがあります。記入がない場合、保育を必要とする事由が無いものとみなします。必ずご記入ください。
- ★ 虚偽の記載を行った場合には、認定を取消させていただく場合があります。