

就労状況及び家庭状況等証明(申告)書

勤務者氏名
児童との続柄

・同時に申込むきょうだいについて、全員分記入してください。

児童氏名	(年 月 日生)	在籍小・学年	度会小学校 新 年
児童氏名	(年 月 日生)	在籍小・学年	度会小学校 新 年
児童氏名	(年 月 日生)	在籍小・学年	度会小学校 新 年

1. 保護者の就労状況について、次のとおり申告します。

就労形態	常勤・派遣・非常勤・自営業・その他 () (いずれかに○をつけてください)		
勤務・従事時間	平日 時から 時 分まで 土曜日 時から 時 分まで	1日の勤務時間約 時間× 1月の勤務日数約 日＝月 時間 ※週 日勤務×4週 ※休憩時間を含む	
勤務・従事しない日	定休(毎週 曜日) 不定休(週 日・月 日)		
仕事内容(具体的に)			
就労(予定)年月日	年 月 日(就労している・就労予定である)		
産前産後休業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
育児休業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
産後休暇が終了し職場に復帰する日、または育児休業法律に定める育児休業が終了し、職場に復帰する日(過去1年以上に復帰された日付けもご記入ください。)	令和 年 月 日 職場復帰		
上記の内容に相違ないことを証明(確認)します。 <事業所> 令和 年 月 日 住所 電話番号 名称及び代表者氏名 印			

※内職に従事されている方は、事業所の証明が必要です。(代表者印または事業所印のないものは無効)
※自営業の方は、確定申告書の写し・事業開業(開始)届写しまたは登記簿写し等を添付してください。
※農業・漁業従事者の方は、確定申告の写し・農業従事申告書等を添付してください。
※記載内容を訂正する場合は、証明印と同じご印鑑を訂正印として押印してください。(修正液等による訂正不可)
※上記申告事項について、担当職員が内容を確認させていただく場合があります。

[illegible]

(下記内容がわかる診断書の添付でも可)

診 断 書					
(患者) 住所 _____					
(患者) 氏名 _____		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
病 名 _____					
加療見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					
加療の程度	・投薬のみ	・通院	・往診	・入院	・その他 (_____)
傷病の程度	・絶対安静	・常時看護人必要	・常時看護人不要	・児童保育困難	
	・児童保育可能	・その他 (_____)			
上記のとおり診断します					
令和 _____ 年	_____ 月	_____ 日	医師 _____	住所 _____	
			氏名		

□妊娠・・・母子健康手帳等、出産予定日または出産日が分かるもの

□疾病・障がい・・・診断書、身体障害者手帳、精神障害者保険福祉手帳、療育手帳等

□介護・看護・・・被介護者、被看護者の診断書、介護・看護付添状況申立書等

□求職活動・・・求職カード、雇用保険受給者資格証、求職中の支給認定に係る誓約書等

□就学・・・在学証明書、学生証、時間割等スケジュールが分かるもの