

|    |    |        |     |         |
|----|----|--------|-----|---------|
| 児童 | 氏名 | 生年月日   | 施設名 | 新規・継続の別 |
|    |    | 年 月 日生 |     | 新規・継続   |
|    |    | 年 月 日生 |     | 新規・継続   |
|    |    | 年 月 日生 |     | 新規・継続   |

保育必要事由申立書

(あて先) 桜川市長 様

申立日

令和 年 月 日

|       |        |                   |  |
|-------|--------|-------------------|--|
| 申立者住所 |        |                   |  |
| 申立者氏名 | 児童との続柄 | 父・母・祖父・祖母・その他 ( ) |  |

下記のとおり、保育の必要性について申し立てます。

|                                 |          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |  |
|---------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 求職活動   | 求職活動     | <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録している。 <input type="checkbox"/> 起業準備中<br><input type="checkbox"/> インターネットや求人情報で仕事を探している。<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                 |                                                                                                                              |  |
|                                 | 同意事項     | <input type="checkbox"/> 前月分の求職活動状況報告書を、10 日までに毎月報告します。<br><input type="checkbox"/> 認定期間終了月の 20 日までに、月 64 時間以上の就労(内定)証明書を提出できない場合には、児童の認定が継続されないことに意義を申し立てません。(保育施設を退園になる場合があります。) |                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 妊娠・出産  | 出産(予定)日  | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                           | 備考                                                                                                                           |  |
|                                 | 添付書類     | 母子手帳の写し<br><input type="checkbox"/> 表紙<br><input type="checkbox"/> 出産予定日が記載されているページまたは出産日が記載されているページ                                                                               |                                                                                                                              |  |
|                                 | 注意事項     | ※出産予定で認定を受けた場合、実際の出産日が予定日からずれると、認定期間の終了日が 1 か月延びる場合や短くなる場合があります。<br>※認定期間終了後、保育を必要とする事由があると認められる場合は継続利用が可能となりますので、認定変更の手続きを行ってください。                                                |                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 疾病・障がい | 保育必要量区分  | <input type="checkbox"/> 保育標準時間 (11 時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8 時間)                                                                                                      |                                                                                                                              |  |
|                                 | 疾病・障がい名  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |  |
|                                 | 病院名・施設名  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |  |
|                                 | 入院・通院    | <input type="checkbox"/> 入院：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで<br><input type="checkbox"/> 通院：週に 回、月に 回、1 回の診療時間 平均 時間                                                                           |                                                                                                                              |  |
|                                 | 障がい者手帳等  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 身体・療育・精神 手帳 級)                                                                                                             |                                                                                                                              |  |
|                                 | 添付書類     | <input type="checkbox"/> 障がい者手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書(市様式) <input type="checkbox"/> 入院予定等の資料                                                                             |                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 介護・看護  | 被介護者の情報  | 氏名                                                                                                                                                                                 | 児童との続柄                                                                                                                       |  |
|                                 |          | 住所                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所： )                                                                |  |
|                                 |          | 傷病名                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |  |
|                                 |          | 障がい者手帳等                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 身体・療育・精神 手帳 級)                                                       |  |
|                                 |          | 介護保険                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 要支援〔 1・2 〕 ・ <input type="checkbox"/> 要介護〔 1・2・3・4・5 〕                 |  |
|                                 |          | 添付書類                                                                                                                                                                               | ※裏面の計画表にも記入すること<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者の写し <input type="checkbox"/> 障がい者手帳の写し <input type="checkbox"/> 診断書(市様式) |  |
| <input type="checkbox"/> 就学等    | 保育が必要な期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                                                                                                                                                           | 学習内容<br>訓練内容                                                                                                                 |  |
|                                 | 添付書類     | <input type="checkbox"/> 在籍証明 <input type="checkbox"/> 職業訓練受講証明書 (職業訓練はハローワーク経由のみ)<br><input type="checkbox"/> 時間割表                                                                |                                                                                                                              |  |

<記入上の注意>

- ・「介護・看護」の認定では、月 12 日以上介護看護、週 3 日以上通院付添があること
- ・「就学等」の認定では、週 4 日以上、1 日 4 時間以上の受講があること
- ・「疾病・障がい」の認定では、障がい者手帳の交付待ちや診断書の作成依頼等の期間で、添付書類が準備できない場合には申請時点での通院入院等の予定を記入すること

# 計 画 表

( ☐ 介護・看護 ☐ 就学等 ☐ 疾病・障がい ☐ その他 )

|        |  |                  |                 |
|--------|--|------------------|-----------------|
| 申立書者氏名 |  | 被介護者氏名<br>被看護者氏名 | ※「介護・看護」の認定のみ記入 |
| 備考     |  |                  |                 |

| 時間帯 |       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|-----|-------|---|---|---|---|---|---|
| 午前  | 6:00  |   |   |   |   |   |   |
|     | 7:00  |   |   |   |   |   |   |
|     | 8:00  |   |   |   |   |   |   |
|     | 9:00  |   |   |   |   |   |   |
|     | 10:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 11:00 |   |   |   |   |   |   |
| 午後  | 12:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 13:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 14:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 15:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 16:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 17:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 18:00 |   |   |   |   |   |   |
|     | 19:00 |   |   |   |   |   |   |