|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用施設名 |  | 児童氏名 |  |

**申立書**

放課後児童健全育成事業利用申込書の提出にあたり、下記の事項について申し立てます。

なお、申し立て事項が事実に反したり、虚偽が判明した場合は、入所決定が取り消されることを了承します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　申立者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）

該当する箇所に☑を付け、必要事項を記入の上、各提出書類等をあわせて提出してください。

□**保護者等が自営業、農業、就学、職業訓練中である方**

　　下記のとおり（自営業・農業・就学・職業訓練）をしているため、家庭で児童をみる事ができません。

|  |  |
| --- | --- |
| 就労・就学場所 | ※自営業、農業の方□生活の場所と同じ　→　□ 内勤 　 □ 外勤 　□生活の場所と異なる→（所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 仕事内容 |
| ※就学、職業訓練中である方　　　　□別添証明書（在学証明書等）のとおり |
| 就労時間 | 曜日別就労状況を記入ください。不規則勤務の場合は下段に詳しく記入ください。 | 土・日・祝日　　勤務（有　・　無） |
| ※有の場合詳細を記入 |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|  |  |  |  |  |
| 勤務日数週　　　日 | 不規則　※不規則勤務の場合詳細を記入 |
| 〔平日〕　　　 　　時　　　　分　　～　　　時　　　分（実働　　　時間　　　分／休憩　 時間）〔土･日曜日〕　　 時　　　分　 ～ 時　　 分（実働　　 時間　　　分／休憩　 時間） |

* **保護者等が出産の前後である方（出産予定日の前８週間・出産後８週間）**

　　別添「母子手帳の写し」のとおり出産の前後であるため、家庭で児童をみる事ができません。

　　※出産される方の名前と出産（予定）日が記載された部分を添付してください。

* **保護者等が病気等である方**

　　下記のとおり（病気療養中・障がい）であるため、家庭で児童をみる事ができません。

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病名、障がい名、身体の状態等 | ※障がい者手帳を所有している場合はその写しを添付してください。 |
| 入院・通院状況 |  |
| かかりつけ医療機関 |  |

* **保護者等が看護、介護等をしている方**

　　下記のとおり看護または介護をしているため、家庭で児童をみる事ができません。

|  |  |
| --- | --- |
| 看護、介護の相手 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者等との続柄：　　　　　） |
| 看護、介護の場所 | □保護者等の居宅内　　□保護者等の居宅外（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 看護、介護の頻度 |  |