

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と反したり、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 <input type="checkbox"/> 生活の場所と同じ → <input type="checkbox"/> 内勤 <input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 生活の場所と異なる→ (所在地: _____)				
	仕事内容				
就労時間	※就学、職業訓練中である方 <input type="checkbox"/> 別添証明書(在学証明書等)のとおり				
	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)	
	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	<input type="checkbox"/> 保護者等の居宅内 <input type="checkbox"/> 保護者等の居宅外(_____)
看護、介護の頻度	