**申 立 書**

（提出先）　大館市長

提出日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ㊞ | | | 父・母・その他（　　　　） |
| 住所 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 電話番号 |  | |
| 自宅・父携帯・母携帯・その他（　　　　　　　） | | | | |

下記の事項について、事実と相違ないことを申し立てします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　日 | 利用施設 |  |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　日 | 利用施設 |  |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　日 | 利用施設 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事由 | 内容 | | | | | | | |
| ①求職活動  ※起業準備含む | 確認事項 | | | 認定期間が、利用を希望する期間の開始日から９０日後の月末までとなることを  確認済みです。 | | | | |
| 活動開始（予定）日 | | | 年　　　月　　　日 | 求職活動　　起業準備 | | | |
| 添付書類 | | | ハローワーク受付票の写し（起業準備除く） | | | | |
| ②妊娠・出産  ※非雇用者のみ | 確認事項 | | | 認定期間が、利用を希望する期間の開始日から産後８週が経過する日の翌日が属する月の月末までとなることを確認済みです。 | | | | |
| 分娩予定日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 期間後の予定 | | | 求職予定　就労予定　退園予定　　※期間更新の手続きは必要です。 | | | | |
| 添付書類 | | | 母子手帳の**表紙**と**分娩日がわかるページ**の写し | | | | |
| ③疾病・障害 | 疾病 | | 病名 |  | 通院先 | |  | |
| 添付書類 | 診断書の写し（**３か月以内に発行されたもの**） | | | | |
| 障害 | | 等級・程度 | 身体　精神　年金　　　　級　／　療育（区分　Ａ　Ｂ） | | | | |
| 手帳・年金番号 |  | 有効期限 | | 年　　　　月まで | |
| ④介護・看護 | 対象者氏名 | | |  | 児童との続柄 | |  | |
| 添付書類 | | | 介護・看護状況申告書 | | | | |
| 介護・看護対象者状況 | 介護 | 要介護区分 | 要介護（　 ） 要支援（ 　） | 有効期限 | 年　　　　月まで | | |
| 添付書類 | 要介護の確認ができる書類（**介護保険被保険者証等**）の写し | | | | |
| 疾病 | 病名 |  | 通院先 |  | | |
| 添付書類 | 診断書の写し（**３か月以内に発行されたもの**） | | | | |
| 障害 | 等級・程度 | 身体　精神　年金　　　　級 ／　療育（区分　Ａ　Ｂ） | | | | |
| 手帳・年金番号 |  | 有効期限 | | 年　　　　月まで | |
| 介護等に要する時間 | | （日曜・祝日を除く）　　週　　　 日 × １日　　　　時間程度 | | | | ※市記入  月　　　　時間 |
| ⑤就学等 | 通学先 | | |  | 就学内容 | |  | |
| 就学期間 | | | 年　　　月　　　日　から　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | |
| 就学時間 | | | （日曜・祝日を除く）　　週　　　 日 × １日　　　　時間程度 | | | | ※市記入  月　　　　時間 |
| 添付書類 | | | 入学・受講の確認が出来る書類（**入学証や受講証明書等**）の写し  就学内容の詳細がわかる書類（**時間割等**）の写し | | | | |
| ⑥災害復旧 | 状況 | | |  | | | | |
| 添付書類 | | | 罹災証明書の写し | | | | |
| ⑦その他 |  | | | | | | | |