**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 | | | ハローワークカードの写し（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 |  | | | | | | | |