

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育施設入所申込書

記入見本

受付印

元号・西暦 どちらでも 2019年6月1日

保護者名 花園 太郎 (印)

住所 東大阪市 荒本北一丁目1番1号

2019年(平成31年)1月1日の住所  上記と同じ

電話 自宅 06 - 0000 - 0000

携帯 (父) 090 - 0000 - 0000

(母) 080 - 0000 - 0000

支給認定証番号 (既に支給認定を受けている場合)

1234567890

保育の必要上の希望 (いずれかに○をつけてください)

<input checked="" type="radio"/>	①保育短時間(1日最長8時間)での保育
<input type="radio"/>	②保育標準時間(1日最長11時間)での保育

標準時間希望で、労働時間が週30時間未満の方は、標準時間が必要な理由を記入してください。

お迎えが間に合わないため。

次のとおり、支給認定を申請します。また、保育施設への入所を申し込みます。

家族構成	父母及び同居所に住んでいる人全員(世帯分離している人も含む)について記入してください。生計を一にする別居している子どもがいる場合記入し【別居】欄にレ点を入れてください。					
区分	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	性別	通園通所している施設名	別居
申請児童	花園 二郎	本人	平成29年7月7日	男・女		<input type="checkbox"/>
児童の世帯員	花園 太郎	父	昭和55年4月4日	男・女		<input checked="" type="checkbox"/>
	花園 花子	母	昭和56年5月5日	男・女		<input type="checkbox"/>
	花園 一子	姉	平成15年9月9日	男・女	××学園(学生寮)	<input checked="" type="checkbox"/>
	花園 一郎	兄	平成26年8月8日	男・女	〇〇保育園	<input type="checkbox"/>
	花園 三郎	弟	平成30年6月6日	男・女		<input type="checkbox"/>
	花園 ウメ	祖母	昭和31年3月3日	男・女		<input type="checkbox"/>

\* 個人番号については、別紙参照

同居の祖父母は、世帯分離をしても記入が必要です。

該当有無 当てはまるものに○を 証明する書類の提出が必要です。

生活保護受給	[有] <input checked="" type="radio"/> [無]	年 月 日より [受給中・申請中]	担当ケースワーカー:
ひとり親世帯	[有] <input checked="" type="radio"/> [無]	離婚・未婚・離婚調停中・死亡・その他( )	事由発生日 H30年5月1日
在宅障害者	[有] <input checked="" type="radio"/> [無]	氏名 花園 ウメ	手帳の種別 [身障 2級・療育( )・精神 級]

保育が必要な事由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他( )
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 災害復旧
入所希望保育施設		入所希望期間
第1希望	〇〇保育園	2020年4月1日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校入学前 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで
第2希望	□□保育所	
第3希望	△△保育園	
第4希望		

※求職中の方の支給認定期間は、90日間となります。  
※妊娠、出産による支給認定期間は出産後2か月までとなります。  
※育児中の方は、入所日から1か月以内の職場復帰が必要となりますので、ご留意の上、入所希望日をご記入ください。

※本市記入欄	児童番号	区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
--------	------	----	---

# 同意書

記入見本

- ① 東大阪市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支  
中必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世
- ② ①の情報に基づき決定した利用者負担額について、東大阪市が特定教育・保育  
施設等に対して提示すること。
- ③ 児童の健康状況等について、関係機関（保健センター等）へ照会及び連絡する  
こと。

2019 年 6 月 1 日

（あて先）東大阪市長

上記①～③のことについて、同意します。

住所

東大阪市荒本北一丁目1番1号

父 花園 太郎



母 花園 花子



同居の祖父



同居の祖母 花園 ウメ



# 家庭状況申告書

児童名 **花園 二郎** / **1** 歳 **10** か月 生年月日 **平成29** 年 **7** 月 **7** 日

各項目について、当てはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。

## 家族状況について

記入見本

祖父母と同居していますか	いいえ <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/>
お母さんは今妊娠していますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい

日中の児童の保育状況について ※2・4の方は別途「認可外保育施設等利用証明書」をご提出ください。

1	認可保育施設・幼稚園等に入所	年	月	より週	日	施設名 ( )
2	認可保育施設に一時預かり	年	月	より週	日	施設名 ( )
3	企業主導型保育施設	年	月	より週	日	施設名 ( )
4	上記以外の認可外保育施設・企業内保育等	年	月	より週	日	施設名 ( )
5	勤務先に同伴 [ 父 ・ 母 ]					
<input checked="" type="radio"/> 6	自宅で保育 [ 父 <input type="radio"/> 母 <input checked="" type="radio"/> 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( 保育者名: ) ]					
7	知人・別居祖父母等が保育	保育者名:			児童との続柄:	
入所希望日に入所できなかった場合の保育について、上記番号より選択してください。						( <b>5</b> )

## 児童の健康状況等について

健診状況	4か月健診	済 <input checked="" type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	指摘事項 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> / 内容:
	1歳半健診	済 <input checked="" type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	指摘事項 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> / 内容: <b>言葉が遅い</b>
	3歳半健診	済 <input type="radio"/> 未 <input checked="" type="radio"/>	指摘事項 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> / 内容:
発育状況	出生	妊娠 <b>40</b> 週 <b>3220</b> g で出生、特記事項 ( )	
	運動発達	首すわり <b>4</b> か月、ひとり座り(支えなしでも座れる) <b>9</b> か月、歩き始め <b>1</b> 歳 <b>0</b> か月 未歩行の場合 → 【 寝返り ・ ずりばい ・ はいはい ・ つたい歩き 】まで可能	
	ことば	まだ <input type="radio"/> 単語 <input checked="" type="radio"/> 2語文 <input type="radio"/> 会話ができる <input type="radio"/> 名前や年齢が言える 指さし行動 <b>1</b> 歳 <b>0</b> か月、初語 <b>1</b> 歳 <b>0</b> か月	
	右記の教室への参加	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 すこやか教室(保健センター) ・ すくすく教室(保育施設) ・ ひまわり教室 たんぼぼ/こあら教室 ・ ゆりのき教室 ・ のびのび教室 ・ その他発達支援の教室	
健康状況	障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 身体障害者手帳 級 ・ 療育手帳 ( )	
	アレルギー	原因物質 ( <b>乳 卵白</b> / 検査 <input checked="" type="radio"/> 済 <input type="radio"/> 未 ) 除去食の必要 [ 無 <input checked="" type="radio"/> 有 (内容 <b>生の卵白</b> ) ] アナフィラキシーショック <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ]	
	アトピー等	無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> アトピー ・ 喘息 <input checked="" type="radio"/> 花粉 <input type="radio"/> その他 ( )	
	熱性けいれん	無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> <b>1</b> 歳のとき <b>1</b> 回 / 検査結果: <b>異常なし</b>	
	てんかん	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 歳のとき 回 / 内服状況:	
通院服薬状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院・施設	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 病名・診断名等 主な症状 病院・施設名 通院(所)日数 [ 週 ・ 月 ] に 回	
	服薬	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 薬の種類: 服用回数 一日 回	

保育施設入所にあたり、健康上または発達上、気になることがあればご記入ください。

**1歳半健診にて単語の数が少ないと指摘された。**

兄弟姉妹で入所を希望する場合のみ記入してください。

①	兄弟姉妹とも入所できる場合 同じ保育施設に入所できないときは、辞退する。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> 希望順位より同じ保育施設に入所できることを優先してほしい。 <input type="checkbox"/> 別々の施設でも良いので希望順位の高い保育施設にしてほしい。
②	兄弟姉妹のいずれかしか入所できない場合 一人だけの入所は辞退する。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> どの子が先の入所でもいい。 <input type="checkbox"/> [ 児童名: ] が先の入所でないと希望しない。

# 就労証明書

(あて先)東大阪市長

元号・西暦 どちらでも可

**記入見本**

証明日 **2019** 年 **6** 月 **15** 日

**\*業種例\***  
 農業 林業 漁業 鉱業 採石業 砂利採取業 建設業 製造業 電気・ガス・熱供給・水道業 情報通信業 運輸業 郵便業 卸売業 小売業 金融業 保険業 不動産業 物品賃貸業 学術研究 専門・技術サービス業 宿泊業 飲食サービス業 生活関連サービス業 娯楽業 教育 学習支援業 医療 福祉 複合サービス事業 公務 その他

事業所名 **医療法人〇〇会**  
 代表者名 **東大阪 太郎** **印**  
 所在地 **東大阪市△△1-2-3**  
 電話番号 **06-XXXX-1235**  
 記入者名 **▽▽ ▽▽**  
 記入者連絡先 **06-XXXX-1234**

**※ 自営業の方は代表者及び担当者の方で記入ください。**

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

No.	項目	記入欄
勤務先事業者に関する事項		
1	業種	<b>医療</b> ( <b>看護師</b> )
就労者に関する事項		
2	ふりがな	はなその はなこ
2	就労者氏名	<b>花園 花子</b>
3	就労者住所	<b>東大阪市〇〇1-22-33</b>
就労状態等に関する事項		
4	雇用(予定)期間	有期 <input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> <b>2008</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 ~ 年 月 日
5	勤務先事業所名	<b>〇〇〇総合病院</b>
6	勤務先住所	<b>〇〇市△△町2-3-4</b>
7	勤務先電話番号	<b>072-XX-4567</b>
8	雇用の形態	自営業・ <input checked="" type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・その他( )
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 合計時間 <b>48</b> 時間 分
		平日 <b>9</b> 時 <b>30</b> 分 ~ <b>17</b> 時 <b>30</b> 分
		土曜 <b>8</b> 時 <b>30</b> 分 ~ <b>16</b> 時 <b>30</b> 分
日曜	時 分	時 分
10	就労時間 (変則就労の場合)	月・週 時間 分 *No.15にも記入してください。
11	就労実績	平成 <b>31</b> 年 <b>3</b> 月 <b>24</b> 日 / 月
		平成 <b>31</b> 年 <b>2</b> 月 <b>24</b> 日 / 月
12	産前・産後休業の取得	<input checked="" type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 終了 平成 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>14</b> 日 ~ 平成 <b>31</b> 年 <b>7</b> 月 <b>31</b> 日
13	育児休業の取得 (予定期間)	取得中・ <input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 平成 <b>31</b> 年 <b>8</b> 月 <b>1</b> 日 ~ 平成 <b>32</b> 年 <b>5</b> 月 <b>14</b> 日
		短縮可能時期 平成 <b>32</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 延長可能時期 年 月 日
14	復職年月日	直近の育児休業復帰日(予定)を記入してください。 月 日
その他		
15	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 <b>6</b> 日 週 <b>42</b> 時間 <b>00</b> 分 休憩(1日) <b>1</b> 時間 <b>00</b> 分
16	備考欄	<b>固定就労、変則就労にかかわらず記入してください(重要項目)</b>

**保護者記入欄** (注意)就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書をあわせて提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

児童名	生年月日	園	利用状況
花園 次郎	31 年 5 月 15 日	東大阪こども園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	年 月 日	園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	年 月 日	園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

**注意事項**

- この就労証明書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、雇用(予定)先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
- 東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。
- 雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。
- 証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市府所 子どもすこやか部 子ども応援課 TEL 06(4309)3202

# 入所理由証明書 I (就労予定/就労時間延長/就学/求職中)

(あて先) 東大阪市長

元号・西暦どちらでも可

**記入見本**

<保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	<b>花園 花子</b>	(続柄)	<b>母</b>	(電話)	<b>080-△△△△-△△△△</b>
利用施設または第一希望施設名					
児童名	<b>花園 一郎</b>	平成 25 年 8 月 8 日生	〇〇保育園	申込中	・ 在園
児童名	<b>花園 二郎</b>	平成 28 年 7 月 7 日生	〇〇保育園	申込中	・ 在園
児童名		年 月 日生		申込中	・ 在園

(注意) 就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書を提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

(\*) 保育短時間は最長8時間  
保育標準時間は最長11時間

勤務者本人の自筆および内容が虚偽の場合は申請を無効とします。

1. 就労の方

<事業所記入欄>

(自営の方は代表者が記入してください。)

## 就労予定・就労時間延長証明書

※ 勤務(予定)先記入欄 ※



問い合わせ先となります。必ず記入してください。

記入担当者名      ▽▽ ▽▽  
電話番号            **06-XXXX-1235**  
証明日              **2019 年 5 月 1 日**

下記のもの、次のとおり【就労内定・勤務延長予定】していることを証明します。

①	業 種	<b>医療(看護師)</b>			
②	就労者氏名	<b>花園 花子</b>			
③	就労者住所	<b>東大阪市〇〇1-22-33</b>			
④	雇用予定(延長)年月日	有期 <input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/>	<b>2020年 4月 1日</b>	~	年 月 日
⑤	勤務先事業所名	〇〇〇総合病院			
⑥	勤務先住所	〇〇市△△町2-3-5			
⑦	勤務先電話番号	072-XX-4567			
⑧	雇用の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員    アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・内職・その他( ) 自営【本人が経営・配偶者が経営・親族経営(勤務者との続柄: )】			
⑨	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日	合計時間	54 時間 分	
		平日	9 時 30 分 から 18 時 30 分	⑪にも記入してください。	
		土曜日	9 時 30 分 から 18 時 30 分		
日曜日	時 分から 時 分				
⑩	就労時間 (変則就労の場合)	月・週	時間	分 ⑪にも記入してください。	
その他					
⑪	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 <b>6 日</b> 週 <b>48 時間 00 分</b> 休憩(1日) <b>1 時間 00 分</b>			

入所次第採用となる場合は、未記入でも可。

固定就労、変則就労にかかわらず記入してください \*重要項目\*

注 意 事 項  
 ・この就労内定・変更証明書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、雇用(予定)先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。  
 ・東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。  
 ・雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。  
 ・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市長役所 子どもすこやか部 子ども応援課 TEL 06(4309)3202

## 2. 就学の方

**記入見本**

<学校等記入欄> 下記の者は、次のとおり  就学 ・  就学予定 であることを証明します。

氏名	花園 花子		
学校等種別	学校 ・ <b>専修学校</b> ・ 各種学校 ・ 職業訓練校 ・ その他 ( )		
学校等名称	〇〇	△△市△△1-2-3	
就学(予定)期間	2019 年	3 月	31 日
主な履修科目	実習		
授業日数	5	水 木 金 土 日 不定	
授業時間	①一日あたり 9 時 00 分から 16 時 10 分 (うち休憩時間 50 分)		
	② 週あたり 時間 分 (休憩時間一日 分)		
	※授業時間が一定の場合は①を、不規則の場合は②を記入してください。		
証明年月日	2019 年 5 月 1 日		
名称	学校法人〇〇学園 〇〇専門学校		
代表者名	□□ □□		
所在地	△△市△△1-2-3		
記入担当者名	▽▽ ▽▽		電話 072-XXXX-XXXX

<注意事項>

この就学証明欄は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

## 3. 求職中の方

<本人記入欄> 下記の申告欄にご記入のうえ、必要書類を添付してください。

求職活動状況について、次のとおり申告します。 就労先が決まり次第、所定の証明書を提出します。

氏名 **花園 花子** (印)

※下記のいずれかに  し、求職活動の状況を記入してください。

採用面接を受ける予定、または採用面接済み

ハローワークに通っている。(下記のいずれかの方法で求職活動を行っている) 企業の紹介状の本人控え ・ 登録済

上記以外の方法での求職活動をしている (ハローワークの登録カードのコピー等の提出が必要です)

最近3か月の求職活動の状況(下記の欄に必ずご記入ください。)

日付	相手先企業名 相手先企業の電話番号	結果または現在の状況 (例 不採用 面接予定等)
平成31年4月17日	〇〇株式会社 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇	不採用
平成31年5月20日	□□コーポレーション 072-□□□-□□□□	不採用
平成31年5月25日	△△産業 072-△△△-△△△△	面接予定

<注意事項>

事実確認のため、求職活動を行った会社等に確認する場合があります。

# 入所理由証明書Ⅱ (疾病・障害／介護・看護／妊娠・出産)

(あて先) 東大阪市長

元号・西暦どちらでも可

記入見本

## <保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	花園 花子	(続柄)	母	(電話)	080-△△△△-△△△△
児童名	花園 一郎	平成 25 年 8 月 8 日生	〇〇保育園	申込中・	在園
児童名	花園 二郎	平成 28 年 7 月 7 日生	〇〇保育園	申込中・	在園
児童名	花園 三郎	平成 29 年 6 月 6 日生	〇〇保育園	申込中・	在園

## 4. 疾病の方

<医療機関記入欄> 申込者本人が記入した場合は無効となります。また、介護・看護の対象となる方についても、以下の医療機関記入欄に証明いただきご提出ください。

氏名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ( ) 入院 (期間など: )
病名	
症状	
療養状況及び児童を 保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものに チェックをください)	<input type="checkbox"/> 寝加 児童を <input type="checkbox"/> 概ね保育可能
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
証明年月日	年 月 日
名称	
所在地	
医師名	
電話	

### <注意事項>

この疾病証明欄は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、医療機関の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

## <本人記入欄>

児童の保育 (該当するものに チェックをください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input checked="" type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	※ 必ず記入をお願いします ※

## 5. 障害の方

<本人記入欄> 必ず手帳のコピーをつけてください。

氏名	花園 花子
手帳の種別等	身体障害者手帳 4 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 療育 手帳のコピーの 添付が必要です
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	※ 特筆すべき事情があれば記入をお願いします ※

## 6. 介護・看護の方

<介護・看護者記入欄> 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて表面の「4. 疾病の方」に出してください(障害者手帳をお持ちの場合はコピーをつけてください)。

**記入見本**

介護・看護を受ける方	花園 ウメ		年齢 (				
続柄	児童の(父・母・兄弟・姉妹・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母)						
介護・看護を受ける方の住所	同住所 別住所 (○をして下さい) 別住所の場合→住所						
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 4 日程度) ・在宅	利用施設名	〇〇市立病院				
病名	〇〇〇〇						
症状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	身体障害者手帳 2 級 ・ 精神障害者 要介護認定：要介護( 2 ) ・ 要支援 理由						
介護・看護状況	家事援助 ・ 食事補助 ・ 着脱衣補助						
その他具体的な介護・看護内容	※ 必ず記入お願いします ※						
介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)							
時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
9 : 00 ~ 12 : 00	病院通院介助	同左		病院通院介助	同左		朝食介助
14 : 00 ~ 15 : 00	家事援助	同左	同左	家事援助	同左	同左	病院通院介助
20 : 00 ~ 21 : 00	入浴補助	同左	同左	入浴補助	同左	同左	昼食介助
: ~ :							入浴介助
: ~ :	朝・昼・夕それぞれ 30 分ずつ食事補助あり						夕食介助

介護・看護の対象となる方について、別途障害者手帳のコピー「4. 疾病の方」の医療機関記入欄のいずれかが必要です。

## 7. 妊娠・出産の方

<保護者記入欄> 当てはまるものに○及び□をつけ、必要事項を記入してください。

出産(予定)日	2019 年 8 月 8 日 出産予定の方は、母子手帳の「出産予定日」のページのコピーを添付してください。	
出産前の状況	1 就労している 年 月 日まで就労(予定) ② 就労していない	
出産後の状況	<p>1 出産前の職場に復帰予定 復帰予定日 年 月 日 / 入所次第</p> <p><input type="checkbox"/> 一旦職場を退職したが、出産前と同じ職場 <input type="checkbox"/> 自営業の【中心者・協力者】で、休職 <input type="checkbox"/> 【産休のみ・産休及び育休】取得後、 別途勤務(予定)先にて就労証明書もしくは入所理由証</p> <p>2 出産前の職場とは別の職場で採用 別途勤務(予定)先にて「入所理由証明書Ⅰ」の「</p> <p>③ 出産後に求職活動をする予定 以下の氏名欄に署名・捺印ください。</p> <p>出産月の翌々月の月末までに求職活動を開始し、入所決定後すみやかに求職活動中であることを証明する書類を提出します。</p> <p>氏名 花園 花子 (印)</p> <p>出産月の翌々月の月末までに「入所理由証明書Ⅰ」の「3. 求職中の方」欄に求職活動状況を記入し、ご提出ください。</p> <p>4 出産後は就労・求職活動の予定はない 4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産予定月の翌々月の月末を過ぎると、自動的に入所申込の取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。</p> <p>5 その他 [ ]</p>	

1または2に該当される方は、勤務(予定)先にて「就労証明書」もしくは、「入所理由証明書Ⅰ」(「1.就労の方」欄の証明があるもの)の提出が必要です。