

就労証明(申告)書

就 労 の 人	雇用主(自営主・事業主)記入欄		【学童保育利用申込用】		
	就労者	住所			
		氏名			
	就労(採用)年月日	年 月 日 (就労・就労内定・就労復帰)			
	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 手伝い(自営・農業・親族) <input type="checkbox"/> 内職(給与明細や業務契約書等のコピーを添付) <input type="checkbox"/> その他()			
		有期契約の場合: 年 月 日まで 更新予定(有 ・ 無)			
	就労時間	【一日あたり約 時間 分】 時 分～ 時 分			
	<small>※休憩時間や残業時間を含めた時間 ※就労時間が複数の場合は、余白にすべての就労時間を記入</small>				
	単身赴任	赴任中・予定	通勤時間	片道 約 時間 分	
	勤務日数	【 日/週】	【 日/月】	仕事内容	
<small>※週(月)当たりの平均的な就労日数を記入</small>					
勤務地	所在地				
	名称	電話番号 ()			
<small>※証明書欄と異なる場合のみ記入</small>					
岩出市長 宛 年 月 日 上記の事項について、事実と相違がないことを証明(申告)します。 所在地 電話番号 事業所名 責任者名					

求職状況申告書

求 職 中 の 人	本人記入欄		【学童保育利用申込用】		
	求職開始年月日	年 月 日 (開始・開始予定)			
	希望の勤務形態	勤務時間:	時 分～ 時 分		
		勤務日数:	【 日/週】または【 日/月】		
	求職活動の方法	<input type="checkbox"/> 広告、インターネット活用 <input type="checkbox"/> ハローワーク相談 <input type="checkbox"/> 電話によるアポイント() <input type="checkbox"/> 履歴書の提出(社) <input type="checkbox"/> 面接(社)			
岩出市長 宛 年 月 日 上記の事項について、事実と相違がないことを証明(申告)します。 住所 電話番号 氏名					

※上記の事項が事実と異なった場合は、学童保育の利用を取り消すことがあります。

保護者記入欄	児童との続柄	児童の 父・母・その他()	
児童氏名	生年月日	ホープ名	状況
	年 月 日	ホープ	申込中・利用中
	年 月 日	ホープ	申込中・利用中
	年 月 日	ホープ	申込中・利用中

介護等状況申告書

【学童保育利用申込用】

介護等の人	本人記入欄						
	介(看)護を うける人	住所	同居 ・ 別居(住所: _____)				
		氏名	_____				
	児童との関係		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	疾病・障がい名・ 等級・要介護度等		_____				
	病院または施設名		_____				
	添付書類 (コピー可)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書、意見書 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	具体的 内容	食事	1 一人でできる	2 一部介助	3 全介助		
		衣服の着脱	1 一人でできる	2 一部介助	3 全介助		
		入浴	1 一人でできる	2 一部介助	3 全介助		
排泄		1 一人でできる	2 一部介助	3 全介助			
屋内外の移動		1 一人でできる	2 一部介助	3 全介助			
その他	※介(看)護をしなければならない理由や上記以外の具体的内容のある場合						
1日のうち介(看)護に あたる時間		【一日あたり約 時間 分】 時 分～ 時					
1週間のうち介(看)護に あたる時間		【 日/週】	【 日/月】	別居先・入院先 までの移動時間	片道 約 時間 分		
岩出市長 宛				年 月 日			
上記の事項について、事実と相違がないことを証明(申告)します。							
住所 _____							
電話番号 _____							
氏名 _____							

診 断 書

【学童保育利用申込用】

疾 病 の 人	医師記入欄					
	氏名	(男 ・ 女)	生年月日	年 月 日		
	診断名		初診日	年 月 日		
	現在の病状について					
	児童の保育についての所見(下記の該当する項目のいずれかに○をつけてください。)					
	I 上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である III 上記の者は、児童の日中の保育が部分的に困難な状態である					
	II 上記の者は、児童の日中常時の保育が困難な状態である IV 上記の者は、児童の保育が十分に可能な状態である					
	上記のとおり診断します。 年 月 日					
	医療機関名 _____					
	所在地 _____					
担当医師 _____						

※上記の事項が事実と異なった場合は、学童保育の利用を取り消すことがあります。

保護者記入欄	児童との続柄	児童の 父 ・ 母 ・ その他(_____)	状況
児童氏名	生年月日	ホープ名	状況
	年 月 日	ホープ	申込中 ・ 利用中
	年 月 日	ホープ	申込中 ・ 利用中
	年 月 日	ホープ	申込中 ・ 利用中