

① 申 告 書 令和 年 月 日
 小 浜 市 長 様

記入例

保育施設の入園申込にあたり、次の通り申告します。

申告者名 (保護者氏名)		申込 児童名		歳児
住所	小浜市	兄弟姉妹で在園している児童 がいれば記入してください。	在園中	歳児
			児童名	歳児

※該当する箇所の□に✓をし、詳細を記入してください。

<input type="checkbox"/> 自営業	※納品書・発注書等の写しを添付	就労者名	
事業所所在地		事業所名称	
事業主名	(申告者との続柄)	業種	
就労時間	1日平均 時間	就労日数	月平均 日
仕事内容			

<input type="checkbox"/> 農・漁業	※納品書・発注書等の写しを添付	就労者名	
事業主名	(申告者との続柄)		
内容	水田 畑作 その他()		
面積	田 (ha) 畑 (ha)		
仕事の内容			
就労時間	1日平均 時間	就労日数	月平均 日

<input type="checkbox"/> 内職	※就労証明書が必要	就労者名	
会社名		仕事の内容	
就労時間	1日平均 時間	就労日数	月平均 日

<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	※母子手帳の写しを添付	※母子手帳の写しは 表紙と予定日の記載してある部分が必要です
出産予定日	令和 年 月 日	

<input type="checkbox"/> 疾病・障害	※診断書、障害者手帳の写しを添付		
疾病障害者		申込児童との続柄	
病院名	通院・入院期間	年 月 日～	年 月 日

<input type="checkbox"/> 介護・看護	※診断書、障害者手帳の写しを添付 ※保育の利用を必要とする証明書		介護を行う保護者氏名	
要介護・看護 者氏名	(歳)	申告者 との続柄	住所	
疾病・障害名	手帳 級	病院または通所施設		
介護状況(該当にチェック)		介護・看護日数	通院・通所日数	
<input type="checkbox"/> 自宅介護・看護	<input type="checkbox"/> 通院付き添い	<input type="checkbox"/> 入院付き添い	1日平均 ×1週間	1日平均 ×1週間
<input type="checkbox"/> 施設通所付き添い	<input type="checkbox"/> その他()		時間 日	時間 日

<input type="checkbox"/> 災害復旧	災害状況	
-------------------------------	------	--

<input type="checkbox"/> 就学	就学先	※在学証明書 合格通知書等の写しを添付
-----------------------------	-----	------------------------