

入所理由申告書

あて先 古賀市長 ・ 古賀市福祉事務所長 ・ 古賀市教育委員会

(保護者名) 古賀 愛		(児童との続柄) 父 ・ (母) ・ その他 ()	
ふりがな	こが じろう	生年月日 30 年 5 月 10 日	〇〇〇
(児童名)	古賀 次郎		
ふりがな		生年月日 年 月 日	〇〇〇
(児童名)			
ふりがな		生年月日 年 月 日	〇〇〇
(児童名)			

記入例

●自営業申告書 (農業を含む)

下記のとおり申告します 記入日 令和 3 年 12 月 5 日

1	事業所名	レストラン〇〇〇〇	
2	事業内容	飲食業	
3	営業場所住所	古賀市〇〇1-2-3	
4	作付内容	・田 m ² ・畑 m ²	
5	事業開始年月日	平成 21 年 10	
6	勤務及び従事 時間・日数	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input 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	合計時間及び日数 (昼休み含む) 232 時間/月 6 日/週
		平日 10 時 30 分 ~ 20 時 30 分	
		土曜 10 時 30 分 ~ 19 時 30 分	
		日曜 10 時 30 分 ~ 19 時 30 分 (日曜祝日勤務 毎週・ 月数回 ・ 月1回・ 年数回)	
その他の勤務 (変則勤務またはローテーション勤務)			
7	家族従事者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 経営者氏名 (古賀 愛) ・ 経営者以外の従事者※同居の親族で従事している方についてのみ続柄と氏名をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 無 (祖父) 古賀 充 ()	

【ご注意ください】
自営業申告書に加えて「事業の内容
が分かる書類」の提出が必要です。
営業許可書、個人事業届、登記簿本の写し、確定申告書
の写し、お店のチラシ等の「事業内容が分かる書類」を
いずれか1つ提出してください。

●病気等申告書

下記のような疾病・心身障害・出産・同居人の介護等・その他の状況により、子どもを保育できない状態にあります。

1	病 気	病名 (複雑骨折) 病気の状況 ※該当するものに○をしてください ※診断書を添付してください <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 入院</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上</td><td>・ <input type="checkbox"/> 1か月未満</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 居宅内療養</td><td><input type="checkbox"/> 常時病臥</td><td>・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 通院</td><td>週</td><td>回</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/> 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上	・ <input type="checkbox"/> 1か月未満	<input type="checkbox"/> 居宅内療養	<input type="checkbox"/> 常時病臥	・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要	<input type="checkbox"/> 通院	週	回
<input checked="" type="checkbox"/> 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上	・ <input type="checkbox"/> 1か月未満									
<input type="checkbox"/> 居宅内療養	<input type="checkbox"/> 常時病臥	・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要									
<input type="checkbox"/> 通院	週	回									
2	障 害	手帳の交付 ・ 身体障害者手帳 (2) 級 ・ 精神保健福祉手帳 (2) 級 ※障害者手帳の写しを添付してください ・ 療育手帳									
3	出 産	出産 (予定) 日 令和 4 ※母子健康手帳の出産予定日が分かる箇所の写し									
4	介 護 ・ 看 護	対象者名 (九州 花子) 対象者の状況 病名 (〇〇〇〇疾患) 病気の状況 ※該当するものに○をしてください ※診断書を添付してください <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> 入院</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上</td><td>・ <input type="checkbox"/> 1か月未満</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 居宅内療養</td><td><input type="checkbox"/> 常時病臥</td><td>・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 通院</td><td>週</td><td>回</td></tr></table> 手帳の交付 ・ 身体障害者手帳 () 級 ・ 精神保健福祉手帳 () 級 ※障害者手帳の写しを添付してください ・ 療育手帳 () 級	<input type="checkbox"/> 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上	・ <input type="checkbox"/> 1か月未満	<input type="checkbox"/> 居宅内療養	<input type="checkbox"/> 常時病臥	・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要	<input type="checkbox"/> 通院	週	回
<input type="checkbox"/> 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上	・ <input type="checkbox"/> 1か月未満									
<input type="checkbox"/> 居宅内療養	<input type="checkbox"/> 常時病臥	・ <input type="checkbox"/> 常時安静が必要									
<input type="checkbox"/> 通院	週	回									

【ご注意ください】
病気等申告書に加えて「状況が
分かる書類」の提出が必要です。
母子健康手帳の写し、手帳の写し、医師の診断書等を提
出してください。