

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)		(児童との続柄)		父 ・ 母 ・ その他()	
ふりがな		生年月日	年 月 日	保育園 こども園 幼稚園 学童保育所	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
(児童名)					
ふりがな		生年月日	年 月 日	保育園 こども園 幼稚園 学童保育所	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
(児童名)					
ふりがな		生年月日	年 月 日	保育園 こども園 幼稚園 学童保育所	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
(児童名)					

●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 年 月 日

1	事業所名				
2	事業内容				
3	営業場所住所				
4	作付内容	・田 m ² ()反	・畑 m ² ()反	・その他 m ² ()反	・作付状況 ()
5	事業開始年月日	年 月 日			
6	勤務及び従事 時間・日数	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input 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) 時間/月 日/週
		平日	時 分	～ 時 分	
		土曜	時 分	～ 時 分	
		日曜 (日曜祝日勤務 毎週・月数回・月1回・年数回)	時 分	～ 時 分	
その他の勤務 (変則勤務またはローテーション勤務等)					
7	家族従事者	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	・経営者氏名 () ・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。 () ()		

●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。
なお、下記の状況に変化があった場合は必ず報告するとともに、状況が改善された場合、退所します。

1	病 気	病名() 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 type="checkbox"/> 1か月以上</td><td>・</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>・</td><td><input type="checkbox"/> 常時安静が必要</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 通院</td><td>週 回</td><td colspan="2"></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 入院	<input 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 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 ()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												
3	出 産	出産(予定)日 令和 年 月 日 ※母子健康手帳の出産予定日が分かる箇所の写しを添付してください												
4	介 護 ・ 看 護	対象者名() 児童との続柄() 対象者の状況 病名() 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 type="checkbox"/> 1か月以上</td><td>・</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>・</td><td><input type="checkbox"/> 常時安静が必要</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 通院</td><td>週 回</td><td colspan="2"></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 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 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													