



学童名	学童保育所		
学 年	年生	児童名	
学 年	年生	児童名	

## 療 養 等 申 告 書

〔保育に欠ける理由〕

次の該当する項目の番号に丸印を付け、必要事項を記入してください

1. 疾病にかかっている、または障がい有するため  
(障がい者手帳(写)、または診断書(町で定めた様式)を添付してください)

(療養している方の氏名 \_\_\_\_\_ ・ 児童との続柄 \_\_\_\_\_ )  
(療養している場所・住所 \_\_\_\_\_ )  
(療養期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 までの予定 ・ 未定 \_\_\_\_\_ )
2. 親族を常時介護しているため  
(障がい者手帳・介護認定通知書(写)、または診断書を添付してください)

(介護している方の氏名 \_\_\_\_\_ ・ 児童との続柄 \_\_\_\_\_ )  
(介護されている方の氏名 \_\_\_\_\_ ・ 児童との続柄 \_\_\_\_\_ )  
(介護している場所・住所 \_\_\_\_\_ )  
(介護期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 までの予定 ・ 未定 \_\_\_\_\_ )
3. 妊娠中又は産後間がないため  
(産後の期間は8週間です。母子手帳(表紙と出産予定日の記載ページの写)を添付してください  
( 出産(予定)日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
4. 仕事を探している又は探すため (入所後、ひと月以内に雇用証明書の提出が必要です)

(探している方の氏名 \_\_\_\_\_ ・ 児童との続柄 \_\_\_\_\_ )
5. その他 (就学・職業訓練に通っている・災害の復旧にあたっている等)

上記のとおり、事実と相違ないことを申告します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

音 更 町 長 宛て

住 所 音更町

申告者

氏 名

(署名または記名・押印)

学童名	学童保育所		
学 年	年生	児童名	
学 年	年生	児童名	

## 自 営 業 等 申 告 書

令和 年 月 日

音 更 町 長 宛て

住所 音更町

申告者

氏名

(署名または記名・押印)

(入所児童との続柄 )

業 種			
事業開始年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
事業所名 (店の名称)	電話 ー		
事業所所在地 (営業の場所)			
営業時間	午前 時 分から 午後	午前 時 分まで 午後	
定休日	曜日		
従業者数	事業専従者 人	従業員 人	
税の申告方法	確定申告 有・無		
専業従事者の就労について	専業従事者氏名		
	入所児童との続柄		
	仕事の内容		
	仕事に従事する期間	時 分から 時 分まで 実働 時間 分	時 分から 時 分まで 実働 時間 分

学童名	学童保育所		
学 年	年生	児童名	
学 年	年生	児童名	

## 内 職 申 告 書

令和      年      月      日

音 更 町 長 宛て

住所 音更町

申告者

氏名

(署名または記名・押印)

内 職 の 内 容				
内職開始年月日	昭和・平成・令和      年      月      日			
就 労 時 間	午前・午後      時      分 から 午前・午後      時      分まで			
月平均就労日数	日			
	1月	円	7月	円
	2月	円	8月	円
	3月	円	9月	円
	4月	円	10月	円
	5月	円	11月	円
	6月	円	12月	円
	合      計			円

※ 内職について、特定の受注先がある場合、事業主から証明を受けてください。

上記申告者に、発注していることを証明します。

事 業 主      住      所

会社（店）名

代 表 者

学童名	学童保育所		
学年	年生	児童名	
学年	年生	児童名	

## 診 断 書

音更町長 あて

医師記入欄	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
診断名	
初診日	平成・令和 年 月 日
通院回数	週・月 回程度 / 不定期
治療期間	年 月頃まで / 未定
現在の病状について	
児童の保育	
<p>1 上記の者は、寝たきり・感染症等の状態により、児童の保育が不可能である。</p> <p>2 上記の者は、日常生活に著しく支障があり、児童の保育が困難である。</p> <p>3 上記の者は、部分的に児童の保育が困難である。</p> <p>4 上記の者は、十分に児童の保育が可能である。</p>	
上記のとおり診断します。	令和 年 月 日
医療機関名	_____
所在地	_____
担当医師名	_____ (署名または記名・押印)

※ 上記内容が記載されていれば、診断書の形式は問いません。