

□ 自営業	□ 父	自営業形態	☐ 居宅内就労中心者 ☐ 居宅内就労協力者 ☐ 居宅外就労			
		事業所	事業所名:	事業主氏名:		
			住所:	Tel:		
			事業主との関係:	事業内容(業種):	本人の業務内容:	
		就労時間	(平均) 時 分～ 時 分(1日あたり 時間 分) 1週間あたり 日			
	通勤時間: 時間 分 通勤手段:					
	□ 母	自営業形態	☐ 居宅内就労中心者 ☐ 居宅内就労協力者 ☐ 居宅外就労			
		事業所	事業所名:	事業主氏名:		
			住所:	Tel:		
			事業主との関係:	事業内容(業種):	本人の業務内容:	
就労時間		(平均) 時 分～ 時 分(1日あたり 時間 分) 1週間あたり 日				
	通勤時間: 時間 分 通勤手段:					

農業従事者	父	雇用主氏名		雇用主住所	
		雇用主との関係		雇用連絡先	— —
		作物名 耕作地住所 耕作面積	作物名:	住所:	耕作面積: (㎡・a・反)
			作物名:	住所:	耕作面積: (㎡・a・反)
			作物名:	住所:	耕作面積: (㎡・a・反)
	就労時間	農繁期: 時 分から 時 分まで(1日あたり 時間 分)(1か月あたり 日間)			
		農閑期: 時 分から 時 分まで(1日あたり 時間 分)(1か月あたり 日間)			
	母	雇用主氏名		雇用主住所	
		雇用主との関係		雇用連絡先	— —
		作物名 耕作地住所 耕作面積	作物名:	住所:	耕作面積: (㎡・a・反)
作物名:			住所:	耕作面積: (㎡・a・反)	
作物名:			住所:	耕作面積: (㎡・a・反)	
就労時間		農繁期: 時 分から 時 分まで(1日あたり 時間 分)(1か月あたり 日間)			
		農閑期: 時 分から 時 分まで(1日あたり 時間 分)(1か月あたり 日間)			

□ 介護 □ 看護	介護申立者		氏名:						
	介(看)護が必要な方	氏 名	(男・女)						
		生年月日	大・昭・平			年	月	日(歳)	児童との続柄
		住所	□同居 □別居(住所:)						
	介(看)護を必要とする事由		病名・障がい名:						
			障害者手帳:						
			介護保険の利用:						
			その他:						
	介(看)護の具体的内容		□自宅介護(看護) □通院付添 □施設通所付添						
			□入院付添 ・入院期間: 年 月 日から 年 月 日 ・退院予定: □有(年 月 日) □無 □未定						
□その他()									
介(看)護スケジュール									
7時		13時		19時		1時			
8時		14時		20時		2時			
9時		15時		21時		3時			
10時		16時		22時		4時			
11時		17時		23時		5時			
12時		18時		24時		6時			

[illegible]

希望する期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
利用を希望する施設名	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
希望する利用時間	希望利用曜日	希望利用時間
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 【 毎週 / 隔週 】 ※利用希望の曜日に○をつけ、土曜のみ【 】内も記入 ※土曜は、基本的に保育事由が就労であり、在職証明上に土曜勤務がある方	午前 時 分 から 午後 時 分 まで

施設（事業者）名	(事業者番号：)				
担当者氏名 連絡先	(TEL)				
入所契約(内定) の有無	有【 契約 ・ 内定 (令和 年 月 日契約(内定))】 ・ 無				
備考					

[illegible]

	氏 名		年 齢	疾病等	就 労	申請児童との同居の有無、住所、連絡先	
父方祖父母	祖父		歳	有・無	有・無	同居 ・ 別居	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 番地 _____
	祖母		歳	有・無	有・無	同居 ・ 別居	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 番地 _____
母方祖父母	祖父		歳	有・無	有・無	同居 ・ 別居	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 番地 _____
	祖母		歳	有・無	有・無	同居 ・ 別居	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 番地 _____

父等の 状況	□1 就労 □2 保護者の疾病・障がい □3 介護・看護等 □4 求職活動 □5 災害復旧			
	□6 就学・職業訓練等 □7 虐待・DV □8 その他			
	就労・ 就学	□正社（職）員 □派遣・契約社員【□常勤 □非常勤】 □パート・アルバイト【□常勤 □非常勤】		
		□自営業【□事業主 □協力者】 □農業 □内職 □その他		
		勤務先 学校名		
	2 疾病・障がい	□障がい 【手帳 □あり（等級 級） □なし】		□疾病 診断名：【 】
3 介護等	介護を受けている人【 】続柄【 】 【 □寝たきり □入院 □通院・通学等 □その他 】			
4 求職活動	□今まで主として家計を支えていた（求職活動については別紙申立書のとおり）			
5 災害復旧	災害を受けた年月日 年 月 日 □地震 □火災 □風水雪害			

[illegible]

認定の可否		収受印
入所施設（事業所）名	☐ 認定こども園【 ☐ 幼保連 ☐ 幼 ☐ 保 ☐ 保施】 ☐ 幼稚園 ☐ 保育園 ☐ 地域型【 ☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事】	
支給（利用）期間		
備考		