

様式第1号

就 労 （ 予 定 ） 証 明 願

事業主 様

申請者 住所
氏名 印

支給認定申請のため、下記の事項について証明願います。

仕 事 の 内 容	
採 用 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
就 労 形 態	常 勤 ・ 非 常 勤 ・ 臨 時 ・ その他 ()
就 労 日 数	月平均 日
就 労 時 間	時 分 ~ 時 分 (1日平均 時間)
通勤に要する時間	時間 分

就 労 （ 予 定 ） 証 明 書

上記のとおり就労している（就労する）ことを証明します。

住田町教育委員会 様

年 月 日

事業所所在地
証明者 事業所名
代表者または責任者 印
【電話番号 】【

様式第2号

就 労 状 況 証 明 願

民生児童委員

様

申請者 住所

氏名

印

支給認定申請のため、下記のとおり就労していることを証明願います。

自 営 業	営業内容（社名等）	()
	従 事 者 （児童との続柄）	父・母・祖父・祖母・その他（ 中心者（
	就 労 日 数	月平均 日
	就 労 時 間	1日平均 時間（ 時 分から 時 分まで）
内 職	仕 事 の 内 容	
	発 注 先	
	就 労 日 数	月平均 日
	内 職 時 間	1日平均 時間（ 時 分から 時 分まで）
農 業	農 業 の 内 容	田（面積 ）・畑（品目 面積 ） 家畜（種類 数 ）・その他（ ※農閑期（
	従 事 者 （児童との続柄）	父・母・祖父・祖母・その他（ 中心者（
	就 労 日 数	月平均 日
	就 労 時 間	1日平均 時間（ 時 分から 時 分まで）
1ヶ月平均収入額		円

就 労 状 況 証 明 書

上記のとおり就労していることを証明します。

住田町教育委員会 様

年 月 日

証明者 民生児童委員

印

様式第3号

疾病等の証明願

医療機関の長
または担当医師名 様

申請者 住所
氏名 印

支給認定申請のため、下記の事項について証明願います。

患者の状況	傷病名	
	病状	
治療の期間 (見込)	入院	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院	年 月 日まで 一週間当たり 回程度
	自宅療養	年 月 日まで
生活の状況	<ul style="list-style-type: none">・ 家族の看護(介護)を必要と(する・しない)・ 就床安静を必要と(する・しない)・ 家事程度の作業が(できる・できない)・ 子どもの保育が(できる・できない)	

疾病等の証明書

上記のとおりであることを証明します。

住田町教育委員会 様

年 月 日

証明者 医療機関名
医療機関の長
または担当医師 印

様式第4号

看 護 ・ 介 護 状 況 証 明 願

民生児童委員

様

申請者 住所

氏名

印

支給認定申請のため、下記のとおり看護・介護に携わっていることを証明願います。

看護・介護を必要とする人	氏 名	(年齢 歳)
	申請者との続柄	
看護・介護を必要とする理由	傷 病 名 等	
	看護・介護状況	常時・ときどき・その他 ()
	そ の 他	通院・通所の状況や治療見込み期間、看護・介護の状況等を詳しくお書きください。

看 護 ・ 介 護 状 況 証 明 書

上記のとおりであることを証明します。

住田町教育委員会 様

年 月 日

証明者 民生児童委員

印

様式第5号

申 立 書

平成 年 月 日

住 所 住田町

氏 名 印

(児童氏名)

下記の理由により、家庭で保育することができないことを申し立てます。

証 明 書

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

職

氏 名 印