

申立書兼スケジュール申告書(就学)

東 広 島 市 長 様

次のとおり申し立てます。

申告者 住所

氏名

(児童との続柄)

※虚偽の記載を行った場合には、保育施設・事業所を利用出来なくなることがあります。

学校名	
卒業予定年月日	年 月 日
添付書類	※在学証明書および時間割

※時間割を提出する場合は、下記スケジュールの記入は不要です。

●一週間のスケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
～5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00～							
1日の合計時間	時間						

※曜日によって状況が変わらない場合は月曜日のみ記入し、他は「同左」としてください。

保育所(園)名

児童名

生年月日

記入日: 年 月 日

申立書兼スケジュール申告書(看護・介護)

東 広 島 市 長 様

次のとおり申し立てます。

申告者 住所

氏名

※虚偽の記載を行った場合には、保育施設・事業所を利用出来なくなることがあります。

(児童との続柄)

看護・介護の状況について	看護を受ける人	(続柄)	1年以内の就労の有無	有・無
	同居の有無	している・していない	(有の場合)退職日	年 月
	※同居をしていない場合その理由をご記入ください ()		※退職をしていない場合はその理由をご記入ください ()	
	看護開始年月日	年 月 日から	※当該児童以外に世帯に未就学児がいる場合ご記入ください。	
	看護従事時間	時 分 ~ 時 分	氏名:	生年月日: 年 月 日
	1日の平均従事時間	時間...①	(保育施設 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込み中 <input type="checkbox"/> どちらでもない)	
	看護従事日数	月平均 日...②	氏名:	生年月日: 年 月 日
	1ヶ月の平均従事時間	①×② 時間...③	(保育施設 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込み中 <input type="checkbox"/> どちらでもない)	
添付書類	※医師の診断書もしくは各種手帳(身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳)の写し ※介護の場合はケアプランの「週間サービス計画書」の写し(令和6年度4月申込より)			

※③について 64時間未満の場合、要件に該当しないため認定の対象となりません。

●一週間のスケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
~5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00~							
1日の合計時間	時間						

※曜日によって状況が変わらない場合は月曜日のみ記入し、他は「同左」としてください。

●通院・通所先

通院・通所先又は利用中の介護サービスを記入してください。

名称		日数	週・月 () 日程度
名称		日数	週・月 () 日程度
名称		日数	週・月 () 日程度