

求職活動状況等申告書

令和 年 月 日

日高町長 様

住 所 日高町大字 _____
保護者氏名 _____
児童氏名 _____
(続 柄) _____

私の求職活動状況等を次のとおり申告します。(該当する項目にチェックをつけてください)
なお、勤務先が決まり次第、所定の証明書を提出します。

1. 求職活動の状況 (複数選択可)

- 勤務先が内定している。(別途「勤務(内定)証明書」を提出してください)
- 採用面接を受けた。
- 採用面接を受ける予定がある。
- ハローワークに通っている。(ハローワークカードを添付してください)
- 職業訓練を受けている。(受講していることがわかる書類を添付してください)
- 仕事を探している。
- 新聞の求人情報・広告
 - 求人情報誌
 - インターネット

ハローワークカード貼付位置

その他証明書類貼付位置

※面接予定・面接を受けた方は、その事実を証明する書類(面接の案内や結果通知等の写しなど)を添付してください。書類の添付のないものは、求職活動とは認められません。

疾病・障がい状況申告書

日高町長 あて

保護者記入欄	
児童氏名	(年 月 日生)
保護者氏名	続柄：児童の()

※児童が複数いる場合は列記してください。

【疾病】※ 医療機関記入欄 (診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 () 入院 (期間など:)
病名	
症状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さに関する意見 (該当するものにチェック をしてください)	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
この診断により申込児童が保育要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報提供させていただきます。次のいずれかにチェックをしてください。 保育要件の点数にかかる情報提供を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
令和 年 月 日	医療機関名
	住所
	医師名 印

【疾病】※ 本人記入欄

児童の保育 (該当するものに チェックをして ください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	
令和 年 月 日	保護者氏名

【障がい】※ 本人記入欄 (必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏名	
手帳の種別等	身体障害者手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)	

介護・看護状況申告書

日高町長 あて

保護者記入欄	
児童氏名	(年 月 日生)
保護者氏名	続柄：児童の ()

※児童が複数いる場合は列記してください。

※ 介護・看護者記入欄 (介護・看護を受ける方については、疾病・障がい状況申告書を提出してください。)

介護・看護を受ける方	年齢 () 歳
続柄	児童の 父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・その他 ()
介護・看護を受ける方の住所	
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週 日程度) ・在宅
病名	
症 状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B 1 ・ B 2)
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)
	<input type="checkbox"/> 介護認定 要介護 () ・ 要支援 ()
	<input type="checkbox"/> その他 (病名)
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他
その他具体的な介護・看護内容	
添付書類 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し <input type="checkbox"/> 入院計画書の写し <input type="checkbox"/> ケアプランの写し <input type="checkbox"/> その他 (病名)

就学等（予定）証明書

日高町長 あて

保護者記入欄	
児童氏名	(年 月 日生)
保護者氏名	続柄：児童の()

※児童が複数いる場合は列記してください。

【就学】

下記の者は、次のとおり 就学 ・ 就学予定 であることを証明します。（欄をチェックしてください。）

氏名			
学校等種別(※1)	学校 ・ 専修学校 ・ 各種学校 ・ その他()		
学校等名称		学校等所在地	
就学(予定)期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	
主な教育科目			
就学日数	日 / 週	通常の就学日	月・火・水・木・金・土・日 不定
就学時間	時 分	～	時 分

【職業訓練等】

下記の者は、次のとおり 職業訓練等を 受けている ・ 受ける予定 であることを証明します。（欄をチェックしてください。）

氏名			
訓練等種別(※2)	職業訓練 ・ 指導員訓練 ・ 認定職業訓練 ・ その他()		
訓練校名称		訓練校所在地	
受講(予定)期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	
受講科・分野			
受講日数	日 / 週	通常の受講日	月・火・水・木・金・土・日 不定
受講時間	時 分	～	時 分

証明年月日	所在地
令和 年 月 日	名称・代表者 印
	電 話
	(記入担当者名 電話)

注) この就学等（予定）証明書は、保育の支給認定及び利用調整（選考）の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

(※1) それぞれ学校教育法第1条に規定する学校、同法第124条に規定する専修学校、同法第134条第1項に規定する各種学校を指す。

(※2) それぞれ職業能力開発促進法第15条の6第3項に規定する公共職業能力開発施設において行う職業訓練または同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う同項に規定する職業訓練、同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校において行う指導員訓練、職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律第4条第2項に規定する認定職業訓練を指す。