

## 支給認定変更（取消）申請等に係る申出書

〔保育の必要性の事由〕

※ 該当する区分にチェック（レ点）をし、必要な事項を記入してください。

※ 父母の状況の証明となる書類の添付が必要となります、添付書類の欄をご確認ください。

※ 通勤時間は自宅から職場までの時間を記載してください。

区分	父の状況	母の状況	添付書類
<input type="checkbox"/> 就 労	就労状況 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業中 （復職予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 就労先内定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業中 （復職予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 就労先内定	就労証明書（様式有）※育休取得・復帰の場合は「育児休業期間等を証明する書類」が必要
	通勤時間 片道 時間 分	片道 時間 分	
<input type="checkbox"/> 内 職	開始時期 年 月 日	年 月 日	就労証明書（様式有）
	仕事時間 1日 時間	1日 時間	
<input type="checkbox"/> 妊 産	出産（予定）日 年 月 日	年 月 日	母子手帳の写し
	出産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 産休のみ <input type="checkbox"/> 育児休業取得 ： 年 月 日 復職 ： 年 月 日 復職	
<input type="checkbox"/> 疾 病	病名等		診断書（様式有）
	病院名		
	状況 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	期間 期間： 年 月 日から 年 月 日まで	期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 障 害	障害名		診断書（様式有） 及び療育手帳をお持ちの場合はその写し
	手帳の交付 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B	
<input type="checkbox"/> 介 護 ・ 看 護	介護・看護の対象者 氏名 続柄	氏名 続柄	診断書
	病名等		
	介護・看護の状況 <input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護	<input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護	
	介護・看護の期間 期間： 年 月 日から 年 月 日まで	期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 就 職 学 業 訓 練	学校名		在学証明書 就学時間の確認ができるカリキュラム等
	就学日数 1か月あたり 日	1か月あたり 日	
	就学時間 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
	就学期間 期間： 年 月 日から 年 月 日まで	期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 求 職	求職活動開始 年 月 日から	求職活動開始 年 月 日から	求職活動申立書（様式有）
<input type="checkbox"/> 災 害 復 旧	期間： 年 月 日～ 年 月 日	期間： 年 月 日～ 年 月 日	罹災証明
<input type="checkbox"/> そ の 他	内容（ ）	内容（ ）	—