**自営業申立書**

中山町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | （　　　　　年　　月　　日生） | （　　　　　年　　月　　日生） |
| （　　　　　年　　月　　日生） | （　　　　　年　　月　　日生） |
| 入所施設 |  |

※新規利用申し込みの際は、第１希望の施設を記入してください。

○自営業の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 会社等の名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 事業所電話番号 |  |
| 業務内容 |  |
| 事業開始年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

○従事者の氏名、従事日数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 児童との続柄 | 就労状況（就労している曜日を○で囲む） |
|  |  | 月・火・水・木・金・土・日・不定期（月・週　　　日）　　　　　時　　　　分 ～　　　　時　　　　分（実働一日　　　時間、休憩　　　分）年間　　　　日、１か月平均　　　　日・　　　　時間 |
|  |  | 月・火・水・木・金・土・日・不定期（月・週　　　日）　　　　　時　　　　分 ～　　　　時　　　　分（実働一日　　　時間、休憩　　　分）年間　　　　日、１か月平均　　　　日・　　　　時間 |
|  |  | 月・火・水・木・金・土・日・不定期（月・週　　　日）　　　　　時　　　　分 ～　　　　時　　　　分（実働一日　　　時間、休憩　　　分）年間　　　　日、１か月平均　　　　日・　　　　時間 |
|  |  | 月・火・水・木・金・土・日・不定期（月・週　　　日）　　　　　時　　　　分 ～　　　　時　　　　分（実働一日　　　時間、休憩　　　分）年間　　　　日、１か月平均　　　　日・　　　　時間 |

**【裏面に続く】**

○　従事者のうち、出産予定日が近い、又は出産後間もないため休業中の方がいる場合は、次欄を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 出産（予定）日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自営業への従事を再開する予定の日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

私の世帯は、以上のとおり自営業に従事していることを申し立てます。

　　令和　　　年　　　月　　　日

住　　所

氏　　名

電話番号

（記入上の注意等）

・　記入に誤りがあった場合は、修正液、修正テープは使用せず、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押してください。

・　最後の「私の世帯は、上記のとおり自営業に従事していることを申し立てます。」の欄は、表面に記入した従事者のうち、自営業への従事時間がいちばん長い方が、世帯を代表して記名・押印してください。

・　記載された内容について、確認させていただく場合があります。

＊お問い合わせ先

中山町役場健康福祉課福祉子育て支援グループ

電話番号　０２３－６６２－２７０５