

(様式3)

施設名	
こどもコード	

自 営 手 伝 い 申 告 書

※この申告書は、事業主の自営証明書とともに提出してください。

署名も含めすべての項目に記載してください。理由なく記載がない場合は不備となり、無効となります。

R3-4

住 所	三木市		
申告者氏名		続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
緊急連絡先	-	-	(※児童の緊急時に連絡しますので、職場で必ず繋がる連絡先を記載下さい。)
児童氏名		(生年月日) H・R	年 月 日
		(生年月日) H・R	年 月 日
		(生年月日) H・R	年 月 日

事業所名	
事業主名	
事業主の続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
担当業務 (なるべく具体的に)	
就労場所	<input type="checkbox"/> 自宅外 所在地: <input type="checkbox"/> 自宅 TEL()
就労年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 就労予定
就労時間	: ~ : 休憩時間⇒ : ~ :
就労日数	<input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> 週4日 <input type="checkbox"/> 週3日 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 月()日
土曜日就労	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> シフト制(月 回程度) <input type="checkbox"/> 不定期(月 回程度) <input type="checkbox"/> 無

※添付書類: 事業主の自営証明書及び直近年分の確定申告書の控の写し
(第1表及び第2表の写し。申告の無い場合は収支がわかるもの(任意様式))

三木市長 様 三木市福祉事務所長 様	※申告者署名が無い場合、この申告書は無効となります。
① この申告書に虚偽の記載があった場合、教育・保育給付認定の取消及び入園(所)解除を行う場合があります。	
② 勤務状況が変わる場合(勤務時間や日数変更、事業内容・担当業務の変更等)は速やかに市へ連絡ください。	
③ 就労の実態について、市が調査・確認を行う場合があります。	
④ 入園(所)希望施設に、この申告書の写しを送付します。	
上記4点について同意します。	
令和 年 月 日	申告者署名

提出先: 三木市教育委員会 教育・保育課 TEL: 0794-82-2000 (内線 3542)