

申 立 書

(宛先)板橋区教育委員会

提出日：年 月 日

申立者(保護者)氏名		電話	
住所			

あいキッズ利用申請にあたり、下記の内容に相違ないことを申し立てます。

□ 1. 就労内定者の場合 (内定証明書の添付が必要です。)

就労証明書が発行されないため、就労証明書に替えて下記のとおり就労予定状況を申し立てます。 なお、あいキッズ利用開始月の月末までに、就労証明書を提出します。															
就労先等の名称				雇用期間	年 月 日から 年 月 日										
就労先等の住所						就労先等の電話									
就労日数	週	日又は月	日	就労時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
通勤時間	片道	時間	分		月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分

□ 2. 疾病の場合 (診断書の添付が必要です。写し可。発行日より3か月以内。)

病名				病院名												
症状・状態																
□ 入院(1か月以上の入院を必要とする。)				入院期間	年 月 日から 年 月 日											
□ 通院(1月につき12日以上通院を1か月以上必要とする。)				通院期間	年 月 日から 年 月 日											
	通院日数	週	日又は月	日	通院時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
	通院場所までの所要時間	片道	時間	分		月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
□ 自宅療養 (居宅内で常時臥床、精神性疾患又は感染性疾患により、1か月以上の療養を必要とする。)				療養期間	年 月 日から 年 月 日											

□ 3. 心身障がいの場合 (手帳の写しの添付が必要です。手帳の写しが無い場合は、診断書等を添付してください。)

□ 手帳あり	身体障害者手帳	級	・愛の手帳	度	・精神障害者保健福祉手帳	級
□ 手帳なし	障がいの程度 ()					

□ 4. 看護・介護の場合 (①看護・介護対象者の診断書、②手帳の写し、③介護保険被保険者証の写し ①～③のいずれかの添付が必要です。)

看護・介護対象者氏名											申立者との続柄					
病名又は症状等																
□ 同居(1か月以上居宅内において、常時看護又は介護を行っている。)																
□ 別居(1月につき12日以上、居宅外で、看護又は介護を行っている。)																
	看護・介護の日数	週	日又は月	日	看護・介護の時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
	看護・介護場所までの所要時間	片道	時間	分		月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分

□ 5. 就学又は技術習得の場合 (①在学証明書、②入学許可証の写し ①～②のいずれか1つと時間割等の添付が必要です。)

□ あいキッズ利用時点での時間割等を添付します。															
□ 現在の時間割等を添付します。あいキッズ利用時点での時間割等は、後日改めて提出します。															
学校名				通学期間	年 月 日から 年 月 日										
所在地											電話				
通学日数	週	日又は月	日	就学時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
通学時間	片道	時間	分		月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分

□ 6. PTA活動又は町会・自治活動等の場合

所属名称				活動内容											
活動日数	週	日又は月	日	居宅外での活動時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
活動場所までの所要時間	片道	時間	分		月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
申立者が上記のとおり活動していることを証明いたします。 代表者 役職・氏名															

□ 7. その他の場合

保護を必要とする理由																		
保護を必要とする期間	年	月	日から	年	月	日	保護を必要とする時間	月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
								月	火	水	木	金	土	日	時	分から	時	分
備考																		

申立者(保護者)氏名	●●●●●	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	東京都 板橋区 板橋 △△-△-△		

該当する項目にチェックをしてください。

あいキッズ利用申請にあたり、下記の内容に相違ないことを申し立てます。

☒ 1. 就労内定者の場合 (内定証明書の添付が必要です。)

就労証明書が発行されないため、就労証明書に替えて下記のとおり就労予定状況を申し立てます。
なお、あいキッズ利用開始月の月末までに、就労証明書を提出します。

就労先等の名称	(株) □□電機	雇用期間	令和7 年 4 月 1 日から 令和8 年 3 月 31 日		
就労先等の住所	東京都 板橋区 板橋 △△-△△-△	就労先等の電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
就労日数	週 5 日又は月 日	就労時間	月 火 水 木 金 土 日	9 時 30 分から 17 時 00 分	
通勤時間	片道 1 時間 00 分		月 火 水 木 金 土 日	9 時 30 分から 14 時 00 分	

☒ 2. 疾病の場合 (診断書の添付が必要です。写し可。発行日より3か月以内。)

病名	うつ病	病院名	●●クリニック		
症状・状態	うつ状態	通院の場合は、希望する利用区分の時間帯に、月12日以上通院が必要です。			
☐ 入院(1か月以上の入院を必要とする。)		入院期間	年 月 日から 年 月 日		
☒ 通院(1月につき12日以上通院を1か月以上必要とする。)		通院期間	令和3 年 5 月 1 日から 年 月 日		
通院日数	週 日又は月 12 日	通院時間	月 火 水 木 金 土 日	16 時 00 分から 17 時 00 分	
通院場所までの所要時間	片道 時間 分		月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	
☐ 自宅療養 (1か月以上の療養を必要とする。)		療養期間	年 月 日から 年 月 日		

☒ 3. 心身障がいの場合 (手帳の写しの添付が必要です。手帳の写しが無い場合は、診断書等を添付してください。)

☒ 手帳あり 身体障害者手帳 級 愛の手帳 3 度 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級	該当する手帳の種類に○をつけ、級数又は度数を記入してください。
☐ 手帳なし 障がいの程度 ()	

☒ 4. 看護・介護の場合 (①看護・介護対象者の診断書、②手帳の写し、③介護保険被保険者証の写し ①～③のいずれかの添付が必要です。)

看護・介護対象者氏名	●●●●●	申立者との続柄	母		
病名又は症状等	車椅子で生活全般の介護が必要		別居の場合は、希望する利用区分の時間帯に、月12日以上介護している状況が必要です。		
☐ 同居(1か月以上居宅内において、常時看護又は介護を行っている。)					
☒ 別居(1月につき12日以上、居宅外で、看護又は介護を行っている。)					
看護・介護の日数	週 日又は月 16 日	看護・介護の時間	月 火 水 木 金 土 日	16 時 00 分から 17 時 00 分	
看護・介護場所までの所要時間	片道 時間 45 分		月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	

☒ 5. 就学又は技術習得の場合 (①在学証明書、②入学許可証の写し ①～②のいずれか1つと時間割等を添付します。)

☐ あいキッズ利用時点での時間割等を添付します。		新しい時間割等がまだ出ていない場合は、現在の時間割の状態で申請してください。			
☒ 現在の時間割等を添付します。あいキッズ利用時点での時間割等は、後日改めて提出します。					
学校名	△△△大学	通学期間	令和7 年 4 月 1 日から 令和9 年 3 月 31 日		
所在地	東京都 板橋区 板橋 ●●-●-●	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
通学日数	週 4 日又は月 日	就学時間	月 火 水 木 金 土 日	13 時 00 分から 17 時 00 分	
通学時間	片道 時間 45 分		月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	

☒ 6. PTA活動又は町会・自治活動等の場合

所属名称	〇〇小学校 PTA活動	活動内容	PTA行事等の準備、毎月の定例会		
活動日数	週 2 日又は月 日	居宅外での活動時間	月 火 水 木 金 土 日	16 時 00 分から 17 時 00 分	
活動場所までの所要時間	片道 時間 30 分		月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	
申立者が上記のとおり活動していることを証明いたします。		代表者 役職・氏名	〇〇小学校 PTA会長 ●●●●●		

☐ 7. その他の場合

保護を必要とする理由						
保護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日	保護を必要とする時間	月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分
備考						