

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			

あいキッズ利用登録・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	月 日又は週 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	月 日又は週 日	通院時間	月 火 水 木 金 土 日				時 分から	時 分	
	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	月 日又は週 日	看護・介護 の時間	月 火 水 木 金 土 日				時 分から	時 分	
	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つと時間割表等の添付が必要です。)

☐ あいキッズ利用時点での時間割表等を添付します。									
☐ 現在の時間割表等を添付します。あいキッズ利用時点での時間割表等は、後日改めて提出します。									
学校名					就学期間	年 月 日から 年 月 日			
所在地						電話			
就学日数	月 日又は週 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・自治会活動等の場合

所属名称					活動内容				
活動日数	月 日又は週 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。

あいキッズ利用登録・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8 年 4 月 1 日から 令和9 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	月 日又は週 5 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日以上以上の通院が必要です。			
☐ 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日以上以上の通院を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	月 12 日又は週 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 30 分		月 火 水 木 金 土 日	時 分から 時 分	
☐ 精神性疾患により、通院している場合でも、月12日未満であれば、自宅療養にチェックをしてください。	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	
☐ 手帳なし 障がいの程度 ()	該当する手帳の種類に○をつけ、等級又は度数を記入してください。 利用要件は案内冊子P. 6を参照してください。

☒ 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	月 16 日又は週 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

新しい時間割表等がまだ出ていない場合は、現在の時間割表で申請してください。

☐ あいキッズ利用時点での時間割表等を添付します。					
☒ 現在の時間割表等を添付します。あいキッズ利用時点での時間割表等は、後日改めて提出します。					
学校名	△△△大学	就学期間	令和7 年 4 月 1 日から 令和11 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		
就学日数	月 日又は週 4 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・自治会活動等の場合

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	月 日又は週 2 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	
代表者の署名が必要です。					
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					