

⑨-3 出産連絡票

(宛先) 茅ヶ崎市長/茅ヶ崎市福祉事務所長

令和 年 月 日

次のとおり、出産予定がありますので、連絡します。

■保護者が記入してください

保護者記載欄		児童 (きょうだい連名可)		在籍及び利用 (予定) 施設	
フリガナ		茅ヶ崎市			
氏名		または 他市 ()			
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居祖父 <input type="checkbox"/> 同居祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			電話	
出産予定日	令和 年 月 日	母子手帳 No			
産前産後期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ※多胎 (双子等) の場合、産前期間が 14 週前 (98 日間) となりますのでご注意ください。				
出産予定病院					
	予 定	提出書類・注意事項			
就労あり	<input type="checkbox"/> 産休後、育児休業を取得予定 (育児休業に係る児童以外の児童が対象施設等を利用しており、育児休業の間に当該施設等を引き続き利用することが必要である場合)	出産後、育児休業に入る前に育児休業取得状況を記入した④就労(予定)証明書を提出してください。 ※認定期間は、原則最長で育児休業対象児童が満1歳になる月の末日までです			
	<input type="checkbox"/> 産休後、復職予定 (産前産後期間後、育児休業を取得せずに復職する場合)	復職後、⑩復職証明書を提出してください。			
就労なし	<input type="checkbox"/> 就労なし	産前産後休暇後は、保育の必要性に該当しません。 ※認定期間は、産前の日を含む月の初日から産後の日を含む月の末日までです			

※認可保育所の入所を申込み中の方は、「⑨-1 出産連絡票」をご提出ください。(書式は市HPより取得可)

※就労要件以外の方は、個別にご相談ください。