

## 学内研究者に対する一時支援 申請書

|    |  |     |                       |
|----|--|-----|-----------------------|
| 氏名 |  | 所属  |                       |
| 職位 |  | 連絡先 | TEL(内線) :<br>E-mail : |

下記の項目にご記入ください。欄が不足する場合、余白等への書き込み、行の追加をしてください。

**(1) 家族構成 (存命するご家族の番号、同居・別居の別に○をしてください。子どもは年齢をご記入ください。)**

1. 配偶者 (同居 ・ 別居 )
2. 子ども (第1子) 歳、(第2子) 歳、(第3子) 歳、(第4子) 歳
3. あなたの父 (同居 ・ 別居 )
4. あなたの母 (同居 ・ 別居 )
5. 配偶者の父 (同居 ・ 別居 )
6. 配偶者の母 (同居 ・ 別居 )
7. その他 ( ) (同居 ・ 別居 )

**(2) 申請理由について、当てはまる番号すべてに○をしてご記入ください。**

1. 親族を介護中 (被介護者の続柄： )
2. 親族を病気看護中 (被看護者の続柄： )
3. 妊娠中 (出産予定日： 年 月 日)
4. 未就学児養育中
5. その他特に支援が必要 (以下のボックス内に支援が必要な理由を簡潔にご記入下さい。)

|  |
|--|
|  |
|--|

**(3) 下記の条件に対して、当てはまる方に○をしてご記入ください。**

1. 家庭では主に一人で子育てをしている ( はい ・ いいえ )  
※ 上記において「いいえ」と回答した方は、どなたからのサポートを受けていますか。  
以下よりあてはまるものすべてに○をつけてください。
  - ・ 配偶者
  - ・ あなたの両親
  - ・ 配偶者の両親
  - ・ あなたの兄弟姉妹
  - ・ 配偶者の兄弟姉妹
  - ・ その他 ( )
2. 自身が親族の看護・介護をしている ( はい ・ いいえ )  
※ 上記において「いいえ」と回答した方は、どなたからのサポートを受けていますか。  
以下よりあてはまるものすべてに○をつけてください。
  - ・ 配偶者
  - ・ あなたの両親
  - ・ 配偶者の両親
  - ・ あなたの兄弟姉妹
  - ・ 配偶者の兄弟姉妹
  - ・ その他 ( )
3. その他、特別な事情がありましたら、以下にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

(4) 現在の育児・介護の状況と支援が必要な理由について詳細をお書きください。※配偶者の労働状況は必須。

(5) あなたは補助者に、どのくらいの期間や時間のサポートを希望しますか。(数字を記入)

各月のサポートの希望時間(各月 40 時間以内)を記入して下さい。

(時間)

|              | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------|-----|-----|-----|----|----|----|
| 一月当たり<br>時間数 |     |     |     |    |    |    |

**(6) あなたは補助者にどのようなことを、どの程度サポートしてもらいたいと思いますか。**

**<サポート内容>**

- |                |              |               |
|----------------|--------------|---------------|
| 1. 実験・調査の補助    | 2. データの入力や整理 | 3. データ分析・解析補助 |
| 4. 図表などの校正・整形  | 5. 論文作成補助    | 6. 情報の検索・収集   |
| 7. 研究費申請書類作成補助 | 8. 学会発表準備補助  | 9. 翻訳         |
| 10. 事務手続き・会計処理 | 11. 資料整理など   | 12. その他 ( )   |

**以下の手順でお答えください。**

- ① 特にサポートしてもらいたいことを上記<サポート内容>から選び、「サポートしてもらいたいこと」欄にその番号を記載する。
- ② 補助者によるサポート全体を 100%とした場合、そのサポートをどの程度してもらいたいか、「サポートの割合」欄に割合(%)を記載する。

| 特にサポートしてもらいたいこと (選択肢から番号を記載)<br>※当てはまる項目がない場合は、サポートしてもらいたい内容を記述 | サポートの割合 |
|---|---------|
|   | %       |
|   | %       |
|   | %       |
|   | %       |
|   | %       |
|   | %       |
| 合 計   | 100 %   |

**(7) これまでに本支援を受けたことがありますか。(どちらかに○をしてください)**

1. はい (支援を受けた期間:      年    月～      年    月)
2. いいえ

**※「はい」と回答した方は、これまでに受けた支援により得られた効果をお書きください。**