

保育を必要とする事由証明書

*申込日から、おおむね2ヶ月前までに発行されたものを提出してください。

*児童ごとに1枚必要です。きょうだいで使用される場合、年齢が一番上の児童:正本、その他きょうだい:写本を提出してください。

保護者記入欄		※入所中及び待機中の兄弟姉妹がいる場合は全員記入してください。 ※児童ごとに1枚必要です。きょうだいはコピーして、対象児童にシ点を付し児童1人につき1枚を提出してください。		□2か所目以上の就労先(ダブルワーク)です	
提出対象	児童名(フリガナ)	生年月日	現在の保育状況		
<input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ トヨナカ ミライ 豊中 未来	令和3年 11月 11日 (西暦 2021年)	A:認可保育施設() D:認可外保育施設()	B:保護者が自宅保育() F:一時保育 G:その他()	○:祖父母に預けている
鉛筆、消えるボールペンでの記入不可 (記入内容を訂正する場合は二重線で消して訂正印を押印)			A:認可保育施設() D:認可外保育施設()	B:保護者が自宅保育() F:一時保育 G:その他()	○:祖父母に預けている

保育を必要とする事由に合わせて、(1)~(5)のあてはまる欄に証明を受けてください。(単身赴任等で一時的

事由証明書は保護者全員分が必要です。
(全員分の提出がない場合は申込みを受け付けられませんのでご注意ください)

雇用主・事業主・発注先記入欄	※保護者が記入した場合は無効になります。修正は二重線 ※雇用契約があり、最低賃金が生じている場合に限りませ
-----------------------	--

(1) 就労証明	労働に従事する者の氏名	豊中 母美	児童との続柄	母
勤務先名	(株)いろは		職種・内容	飲食業 接客
勤務先住所	豊中市北桜塚3-1-1			
勤務内容	・単身赴任先の居住住所() ・住居の形態(□社宅・寮等 その他()) ※別途単身赴任先住居の契約書のコピーが必要です(住民票が単身赴任先にある場合は不要)			
雇用形態	a:正社員・正職員 b:パート・アルバイト c:派遣 d:日雇い e:その他()			
勤務時間	9時00分~17時00分	1日あたり()時間()分	(休憩時間を含む)	
勤務日数	a:週(5)日 b:不規則、月()日	通常勤務日	月・火・水・木・金・土・日・シフト制※	
就職年月日	2018年 4月 1日	就労状況	就労中・内定中※ 産前産後休暇または育児休業取得中	
証明年月日の前3か月の就労時間数	8月分 就労時間 0時間	9月分 就労時間 0時間	10月分 就労時間 0時間	就労時間 0時間
特記事項	※新型コロナウイルスによる就労時間減少などの場合に記入。時短勤務の場合は上記「勤務時間」欄に雇用契約上の勤務時間を記入し、「特記事項」欄に時短の勤務時間を記入してください。			
産前産後休暇	2021年 10月 1日 ~ 2021年 12月 19日			
育児休業	フリガナ トヨナカ ミライ	育児休業の対象となる子の氏名	豊中 未来	育児休業の対象となる子の生年月日 令和3年 11月 11日
育児・介護休業法に基づく育児休業	育児休業を取得中 2021年 12月 20日 ~ 2022年 11月 10日まで取得 ※上記の勤務内容は、雇用契約上の内容で記入してください。休業期間の延長または復職後には再度ご証明ください。			
育児休業から復職済み	休業期間は 年 月 日 ~ 年 月 日まで取得済みで、翌日の 年 月 日から復職し現在就労中です。 ※上記の勤務内容は、復職後の内容で記入してください。			
自営業等	所在地・屋号	職種・内容(具散的に)		
勤務地	自宅・自宅外	収入申告状況	確申・源泉・その他()	
事業開始日	年 月 日			
添付する書類(必須)	□ 最新年度の確定申告の控え □ 税務署への開業届の写し □ 事業内容がわかるもの(契約や支出明細など)			
勤務時間	時 分 ~ 時 分	休日	. . . 曜日	
証明年月日の前3か月の就労時間数	月分 就労時間 時間	月分 就労時間		
特記事項	※新型コロナウイルスによる就労時間減少など特記事項がある場合に記入してください。			
雇用主との親族関係	雇用主と三親等以内の親族関係が 無・有 (保護者との続柄)			

証明欄【雇用主・事業主・発注先】	2022年 △△月 △△日、上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地	豊中市北桜塚1-3-1
名称	(株)いろは
代表者名	会社野 代表
電話番号	06-△△△△-△△△△
	会社印

【証明していただく皆様へ】
 ・これは、保育施設入所のために必要な書類です。申込者の方から申請がありましたら、証明年月日や証明欄の捺印等の記入もれ、印もれの無いようにお願いいたします。
 ・自営業の事業専従者の場合には、青色事業専従者給与に関する届出書を提出してください。
 ・証明書の内容について、お問い合わせをさせていただくことがあります。ご協力のほどお願いいたします。
 ・温度変化(濃淡)などで透明化するインク、消しゴムで消える鉛筆などで記入した場合、書類を受け付けることができません。
 ・修正ペン・修正テープによる修正は無効です。修正は二重線を引き、代表者の押印が必要です。また、保護者自身による訂正も無効です。
 ・この書類について不明な点がありましたら、右記までお問合せください。

就労証明の場合は会社が記入・押印。
 自営業の場合は事業主(自分)が記入・押印。

(2) 疾病・障害によりお子様の保育が困難などの医師の証明

受診者(保護者)氏名		児童との続柄	
傷病名・障害名			
医師の所見	※下記のいずれかひとつにチェック・記入ください。状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。		
	<input type="checkbox"/>	上記疾患のため	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/>	上記疾患のため	年 月 日から 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/>	上記疾患のため日常生活に、常時介護が必要な状態である。	
	<input type="checkbox"/>	上記疾患のため日常生活での動作及び行動が著しく困難な状態である。	
	<input type="checkbox"/>	上記疾患のため日常生活に支障があり、ひと月に 日程度の通院加療が必要である。	
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし。		
年 月 日、上記のとおり相違ないことを証明します。			
所在地			
医療機関名称			印
医師名			

(3) 同居親族の介護・看護によりお子様の保育が困難などの医師の証明

介護・看護をする者(保護者)の氏名		児童との続柄	
受診者(介護をうける者)	氏名	児童との続柄	
	住所		
傷病名・障害名			
要介護度			
入院期間	年 月 日 から 年 月 日	通院回数	月 回
医師の所見	※受診者(介護をうける者)の状態、下記のいずれかひとつにチェック・記入ください。		
	※状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。		
	<input type="checkbox"/>	絶対安静の状態、常時自宅で介護・看護が必要である。	
	<input type="checkbox"/>	日常生活での動作および行動が著しく困難な状態であり、常時自宅で介護・看護が必要である。	
	<input type="checkbox"/>	日常の動作および行動に支障があり、自宅に滞在している必要がある。	
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし。		
所在地			
医療機関名称			印
医師名			

(4) 就学による在学証明

学校に在籍する者の氏名		児童との続柄	
学校等名称		学校等電話番号	
学校等所在地		学業内容・コース名	
就学年月日	年 月 日	就学曜日	月・火・水・木・金・土・日
終了年月日	年 月 日(予定)	就学時間	: ~ : or シフト表添付
年 月 日、上記のとおり相違ないことを証明します。			
所在地			
学校等名称			印
代表者名			

(5) 就労

あて先 豊中市長 年 月 日(退職した場合は退職日を記入してください)	
保護者住所	
保護者名	
私は、児童の認定書交付後90日以内、もしくは退職等による保育を必要とする事由消滅後90日以内に就労条件を満たす労働に就き、市の指定する期日までに勤務にかかる証明書を提出することを誓約いたします。なお、市の指定する期日までに就労条件を満たしていることが確認できない場合は、保育の実施を解除されても異議を申し立ていたしません。	
求職の状況	求職のための目下の主な活動を、下記のいずれかひとつにチェックしてください。(この項目は選考自体には全く影響しません。)
	<input type="checkbox"/> ハローワーク等、専門機関を利用した求職活動を行っている。
	<input type="checkbox"/> インターネット等で、自主的な情報収集を行っている。
	<input type="checkbox"/> 入所が決定したら、本格的に求職する。

【提出される保護者さまへ】 記入不足・不備がありますと正しい受付が行えない場合や、返却させていただくこともありますのでご了承ください。