

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。きょうだいを使用される場合、年齢が一番上の児童：正本、その他きょうだいはコピーをして、児童1人につき1枚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け児童1人につき1枚を提出してください。

提出対象	児童名（フリガナ）	生年月日	現在の保育状況
<input type="checkbox"/>	フリガナ	年 月 日 (西暦 年)	①在園中：施設名(<input type="checkbox"/> 認可保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> その他) ②入所申込予定・入所申込中： <input type="checkbox"/> 在園しながら申込中 <input type="checkbox"/> 保護者が自宅保育 <input type="checkbox"/> 祖父母に預けている
<input type="checkbox"/>	フリガナ	年 月 日 (西暦 年)	①在園中：施設名(<input type="checkbox"/> 認可保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> その他) ②入所申込予定・入所申込中： <input type="checkbox"/> 在園しながら申込中 <input type="checkbox"/> 保護者が自宅保育 <input type="checkbox"/> 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)～(4)のあてはまる欄に証明を受けてください。

(1) 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	<p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記疾患のため 年 月 日から 年 月 日まで入院を要す。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記疾患のため 年 月 日から 年 月 日まで安静加療を要す。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p>年 月 日、上記のとおり相違ないことを証明します。</p>
所在地	
医療機関名称	印
医師名	

(2) 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)	児童との続柄		
氏名			
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	<p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 絶対安静の状態、常時介護・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、常時介護・看護が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 日常の動作および行動に支障があり、見守りが必要な状態である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし。</p> <p>年 月 日、上記のとおり相違ないことを証明します。</p>		
所在地			
医療機関名称			印
医師名			

(3) 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
所在地			年 月 日、上記のとおり相違ないことを証明します。
学校等名称			印
代表者名			

(4) 妊娠・出産（出産予定日の産前8週・産後8週）

※母子健康手帳の父母氏名・出産予定日が確認できるページのコピーを提出してください。

※上記のコピーに「対象児童名・生年月日・入所施設名(略さず正式名称「例：豊中スクール桜塚校」)」を記入してください。

【提出される保護者様へ】

※この書類は「子育てのための施設等利用給付認定(新2号・新3号)」のためのものです。

※子育てのための施設等利用給付認定(新2号・新3号)新規申請は、育児休業取得中の方は新規申し込いただくことはできません。

※「内定中」または「64時間以下の就労中」の方は、月64時間以上の就労につきましたら、改めて「保育を必要とする事由証明書」を

認定終了前に提出ください。認定終了後に提出された場合は、受領後の翌月からの認定となります。

※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と

なりますので、かならず「証明者」に記入してもらってください。

※入所施設ではなく、直接豊中市役所へ提出される場合は、「対象児童名・生年月日・入所施設名(略さず正式名称)」を必ず記入してください。

「対象児童名・生年月日・入所施設名」記載がないと、正しい受付がおこなえない場合や、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。