

保護者 記入欄	6	利用施設名	児童名	性別	児童の生年月日	クラス年齢
				男・女	H・R 年 月 日	歳
				男・女	H・R 年 月 日	歳
				男・女	H・R 年 月 日	歳

保育理由証明書 (就労及び内定証明書)

【A】

大和高田市 宛

証明日 西暦 年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

所在地 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

記載者連絡先 _____

【注意】● 新規申込みで、65歳未満の同居の祖父母が自営業に従事している場合、
祖父母も提出してください。(提出がないと、利用の優先順位が下がる場合があります)
※ 記載の内容が適正であるか確認する必要があります。

下記の内容について、事実であることを証明いたします。
※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄	
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他 ()	
2	フリガナ 本人氏名		生年月日 年 月 日
3	雇用(予定)期間等	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期	期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 年 月 日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称	住所
5	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他 ()	
6	就労時間 (固定就労の場合)	合計時間	月間 時間 分 (うち休憩時間 分)
		一月当たりの就労日数	月間 日 一週当たりの就労日数 週間 日
		平日	時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 時間 分 (うち休憩時間 分)
		就労日数	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 日
		主な就労時間帯・シフト時間帯	時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月 年 月 年月 年 月 年月 年 月	日/月 時間/月 日/月 時間/月 日/月 時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
10	産休・育休以外の休業の 取得	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み	理由 <input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他 ()
11	復職(予定)年月日	<input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み 年 月 日	
12	育児のための短時間 勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中	期間 年 月 日 ~ 年 月 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
13	保育士等としての勤務実 態の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input type="checkbox"/> 無	
14	備考欄		

追加的記載項目欄

6 保護者 記入欄	利用施設名	児 童 名	性 別	児童の生年月日	クラス年齢
			男・女	H・R 年 月 日	歳
			男・女	H・R 年 月 日	歳
			男・女	H・R 年 月 日	歳

【注意】● 新規申込みで、65歳未満の同居の祖父母が傷病・心身障害・出産または就学の場合、祖父母も提出してください。
(提出がないと、利用の優先順位が下がる場合があります)
※ 記載の内容が適正であるか医療機関に確認する場合があります。

保 育 理 由 証 明 書 (傷病・心身障害・出産証明書) 【D】

↓ 保護者 がご記入ください。□には、レを記入してください。

傷病・出産者の氏名		児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()
保育できない期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (出産の場合は、出産月の前2ヶ月~ 出産月の後2ヶ月)		
障害による手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 “有”にチェックの方は、該当する手帳のコピーを別途提出してください。		

↓ 主治医 がご記入ください。□には、レを記入してください。※訂正は主治医の訂正印によること。

傷病名等			
病状等 ※いずれか1つを選択	<input type="checkbox"/> 入院又は常に病臥 <input type="checkbox"/> 通院治療し、常に安静を要する <input type="checkbox"/> 左記を除き、療養のため保育困難		
出産日(予定)	令和 年 月 日		
入院・療養等の (見込)期間	入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	療養	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
通院等の頻度	月 回 ・ 週 回		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 _____ 医療機関 名称 _____ 主治医 名 _____ 印 電話番号 _____			

※ 記載の内容が適正であるか就学先に確認する場合があります。

保 育 理 由 証 明 書 (就学証明書) 【E】

↓ 保護者 がご記入ください。□には、レを記入してください。

就学する者の氏名		児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--	--------	---

↓ 就学先(学校等) がご記入ください。※訂正は就学先の訂正印によること。

学校等の名称			学業(受講)内容	
学校等の所在地			就学先 TEL	市外局番 ()
在学期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
就学時間	時 分 ~ 時 分 (1日 時間 分) (週平均 日)			
上記のとおり相違ないことを証明します。また市からの就学状況調査に協力します。 令和 年 月 日 所在地 _____ 学校等の名称 _____ 代表者名 _____ 印 電話番号 _____				

保護者 記入欄	6	利用施設名	児童名	性別	児童の生年月日	クラス年齢
				男・女	H・R 年 月 日	歳
				男・女	H・R 年 月 日	歳
				男・女	H・R 年 月 日	歳

【注意】● 新規申込みで、65歳未満の同居の祖父母が看護・介護をしている場合、祖父母も提出してください。
(提出がないと、利用の優先順位が下がる場合があります)

※ 記載の内容が適正であるか、各記入者に確認する場合があります。

保育理由証明書 (看護【介護】証明書) 【F】

① 看護(介護)をしている人がご記入ください。 □には、レを記入してください。

看護(介護)者の氏名		児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
保育できない期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
看護(介護)を要する時間	平日	時 分 ~ 時 分	土曜日	時 分 ~ 時 分	(1日 : 時間 分)(月 回)	
	週平均看護(介護)日数 (週 日)					
その他特記事項						

② 看護(介護)を受けている人(本人の記入が困難な場合、上記①の看護(介護)者)がご記入ください。

看護(介護)を受けている者の氏名		看護(介護)者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
住所			電話番号				
看護(介護)を受けている者の状況 ※該当する欄を記入	障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※該当する手帳のコピーを別途提出してください。					
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) ※該当する介護保険証のコピーを別途提出してください。					
	傷病等	↓主治医 がご記入ください。					
		傷病名等					
		病状等 <small>※いずれか1つを選択</small>	<input type="checkbox"/> 入院又は常に病臥 <input type="checkbox"/> 通院治療し、常に安静を要する <input type="checkbox"/> 上記を除き、看護(介護)を伴う療養が必要				
		入院・療養等の(見込)期間	入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
			療養	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
通院等の頻度	月 回 ・ 週 回						
上記被看護(介護)者の傷病等について、本欄記載のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 _____ 医療機関名称 _____ 電話番号 _____ 主治医名 _____ 印 _____							

↓看護(介護)のため、①の人が児童を保育できないことを証明できる人が記入してください。

上記①の者につき、上記②の者の看護(介護)のため保育ができないことを(証明・申立)します。

令和 年 月 日

①の者との関係 _____

所在地・住所 _____

機関等名称 _____

電話番号 _____

氏名 _____

6 保護者 記入欄	利用施設名	児 童 名	性 別	児童の生年月日			クラス年齢	
			男・女	H・R	年	月	日	歳
			男・女	H・R	年	月	日	歳
			男・女	H・R	年	月	日	歳

就 労 予 定 申 立 書 【G】

大 和 高 田 市 長 殿

私は、就労予定であることを申し立ていたします。

なお、この申立書を提出した場合は、**施設への入所(園)後3ヵ月以内**に
就労等を証明する保育理由証明書を提出いたします。

期限までに保育理由証明書を提出しない場合は、退所(園)します。

令和 年 月 日

申 立 者

住 所 **大和高田市**

氏 名

児童との続柄 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他()

自宅電話番号

携帯電話番号

※ 市 記 入 欄

