9	利用施設名	児　童　名	性 別	児童の生年月日	R9年度学年
保護者記入欄				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	

【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場合があります。

※　本証明書に虚偽の内容があった場合、児童ホームの入所を取り消す場合があります。

保 育 理 由 証 明 書　（自営業申立書）　【B】

経 営 者 氏 名		児童との続柄	□ 父 □ 母 □ 祖父 □ 祖母 □ その他（　　）
事 業 所 所 在 地			□ 住所地 □ 住所地以外（住所地より　　分）
経営者勤務時間	時　　分 ～　　時　　分		
	1日：　　時間　　分 ／ 週平均勤務日数（週　　日）		
社 名・店 名 等			
自 営 業 の 内 容 （ 具 体 的 に ）			

専従者（家族内協力者） 氏　　名 児童との続柄 従 事 時 間 週の平均従事日数	（家族内協力者　氏名）	児童との続柄	従事時間 時　分 ～ 時　分	週平均従事日数 日
	（家族内協力者　氏名）	児童との続柄	従事時間 時　分 ～ 時　分	週平均従事日数 日
	（家族内協力者　氏名）	児童との続柄	従事時間 時　分 ～ 時　分	週平均従事日数 日

本証明書には必ず以下の書類を添付してください。（いずれも写真・コピー可）
・自営を証明する書類：営業許可証、開業届、収支内訳書、所得税の申告に用いる帳簿書類等
・営業収入を証明する書類：直近の確定申告書、収益振込明細等

添付書類がない場合は、保育理由としては認められません。

9	利用施設名	児　童　名	性 別	児童の生年月日	R9年度学年
保護者記入欄				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	

【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。

※　本証明書に虚偽の内容があった場合、児童ホームの入所を取り消す場合があります。

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。　口には、レを記入してください。

傷病・出産者の氏名		児童との続柄	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 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	□ 有 → □ 身体障害者手帳　□ 療育手帳 □ 精神障害者保健福祉手帳		
	□ 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。　口には、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	□ 入院又は常に病臥　□ 通院治療し、常に安静を要する　□ 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。　口には、レを記入してください。

就学する者の氏名		児童との続柄	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 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

9	利用施設名	児　童　名	性 別	児童の生年月日	R9年度学年
保護者記入欄				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	

【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。
※　本証明書に虚偽の内容があった場合、児童ホームの入所を取り消す場合があります。

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	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 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（1日：　時間　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	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ 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	□ 身体障害者手帳　□ 療育手帳　□ 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	要支援（ □ 1　□ 2 ）　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。**

↓主治医　がご記入ください。

傷病名等	
病状等 ※いずれか1つを選択	□　入院又は常に病臥　□　通院治療し、常に安静を要する □　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、<u>①の人が児童を保育できないことを証明できる人</u>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

9	利用施設名	児　童　名	性 別	児童の生年月日	R9年度学年
保護者記入欄				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	
				H・R　年　月　日	

※　記載の内容が適正であるか確認する場合があります。

※　本証明書に虚偽の内容があった場合、児童ホームの入所を取り消す場合があります。

保 育 に 係 る 申 立 書　【H】

申　立　日	令和　年　月　日		
申 立 者 氏 名		児童との続柄	☐ 父　☐ 母　☐ 祖父　☐ 祖母 ☐ その他（　　）

申立内容をくわしく具体的に記入し、申立内容を証明する書類があれば添付してください。内容又は状況によっては入所（園）できない場合があります。

申立てについての意見等

令和　年　月　日 署名　（申立者との関係：　　）