

保育利用事由証明書

1 勤めに出ている人（採用が決まっている人）

勤務している者の氏名					
勤務している者の住所					
雇用開始（予定）日 ※入社日等働き始めた日	昭和/平成/令和	年	月	日	
勤務地の住所及び名称	住所				
	名称				
仕事内容					
雇用形態	1 正社員 2 パート・アルバイト 3 派遣・契約社員 4 その他	※雇用期間の定めがある場合 契約期間 年 月 日 から 年 月 日 更新見込み 有 ・ 無			
	勤務時間・日数	就労時間帯（24時間表記）	時	分	から 時 分
		休憩時間	分（就労時間のうち）		
		1日あたり平均勤務時間（休憩時間を除く）	時間・・・①		
		1週間あたり平均勤務時間数	1週間の勤務日数	日×①の時間数＝	時間
就労日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 □不定期 ___日/月				
産前産後休暇期間	年 月 日 から 年 月 日 <small>□産後休暇取得後、育児休業を取らない</small>				
育児休業取得（見込）期間	年 月 日 から 年 月 日				
備考欄					
証明欄	↓いずれか該当する□に必ずチェックをしてください。				
上記のとおり □ ①勤務 □ ②採用予定 □ ③育児休業取得（見込み）又は復帰を予定 していることを証明します。					
証明年月日 年 月 日					
事業所所在地 _____					
事業所名 _____					
代表者名 _____ (印)					
記載内容の問合せ先		担当部署	担当者名		
		電話番号			

※証明書月日の記入がないもの、代表者印のないもの、及び、①～③のいずれかにチェックをしていないものは無効です。

児童名記入欄（保護者が記入してください）	利用希望児童名（フリガナ）	() (年 月 日生)
----------------------	---------------	---------------

保育利用事由証明書 (申告書)

2 自営、農業、就学、その他の人

下記のとおり 就労・就学 起業予定・就学予定 育児にかかる休業取得 (見込) 又は復帰を予定 していることを 申告します。

年 月 日 申告者名		(印) 児童との続柄 ()
就労区分	1 自営 2 農業 3 就学 4 その他 ()	就労場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 自宅外の場合の勤務地 ()
仕事等の具体的内容 <small>※農業の場合、栽培作物・作付面積等を記載</small>		就労・就学時間・日数 ____ 時 ____ 分 から ____ 時 ____ 分 まで
事業所・学校名		1日あたり平均就労・就学時間※就労に準じて休憩時間は除いてください。 ____ 時間・・・①
起業・就学 (予定) 日	年 月 日	1週間あたり平均就労・就学日数 ____ 日 × 4週 = ____ 日・・・②
(卒業予定※就学の場合)	(年 月 日卒業予定)	
育児に係る休業取得 (見込) 期間 ※該当の場合のみ 年 月 日 から 年 月 日		1か月あたり平均就労・就学時間 ____ 時間【①×②】

◎自営業、農業、就学の方は、本書に加えて、それぞれ次の書類の添付が必要です。

- 自営業又は農業の方・・・直近の確定申告書類の写し
- 起業予定の方・・・事業用に購入した物品・機材等の領収書・店舗予定地の賃貸借契約書などの写し
- 就学 (予定) の方・・・在学証明書 (就学予定の場合、合格通知)

※自営業の方で法人化している事業所の場合は表面 (1 勤めに出ている人) にご記入ください。

※修正液、修正テープ、申告者以外による訂正、鉛筆又は消えるボールペンによる記入は無効です。

※日付の記入のないもの及び必要事項を記載していないものは無効です。

3 出産、病気、障がい、介護 (看護) の人

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。

年 月 日 申告者名		(印) 児童との続柄 ()
出産する人、病気、障がいの人、介護 (看護) を受ける人 氏名 _____ 児童との続柄 () _____		必要添付書類
いずれかにチェックし、右欄に記入してください。		
<input type="checkbox"/> 出産	出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	多胎 <input type="checkbox"/> 親子手帳 (母子健康手帳) の写し (保護者の名前と出産予定日が分かるページ) を添付してください。
<input type="checkbox"/> 病気	病名等 _____ 通院頻度 _____ 通院 _____ 回/週 入院 (予定) の期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	疾病負傷証明書を添付してください。(大学所定の様式に医師の証明を受けてください。)
<input type="checkbox"/> 障害	手帳の種類等 身体障害者手帳 _____ 級 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 療育手帳 A ・ B 介護保険証 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2	障害者手帳の写し又は介護保険証の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/> 介護・看護	介護・看護の状況 ※調整上必要ですので、必ず記載してください。 _____ 時 _____ 分から _____ 時 _____ 分まで 1日あたり平均介護・看護時間 _____ 時間・・・① 1週間あたり平均介護・看護時間 _____ 日×4週 = _____ 日・・・② 1か月あたり平均介護・看護時間 _____ 時間【①×②】	介護や看護が必要な状況が分かるもの (介護保険証、障害者手帳、医師の診断書の写し) を添付してください。

※修正液、修正テープ、申告者以外による訂正、鉛筆又は消えるボールペンによる記入は無効です。

※日付の記入のないもの及び必要事項を記載していないものは無効です。

児童名記入欄 (保護者が記入してください)	利用希望児童名 (フリガナ)	() (年 月 日生)
-----------------------	----------------	---------------