

保育の利用を必要とする証明書

兄弟姉妹での申請はすべての児童名を記入してください

証明者1名につき
1枚必要です

○をつけてください。
名をご記入ください。

保護者記入欄	フリガナ カノ タロウ 児童氏名 交野 太郎 (平成25年 8月 18日生)	保育園名 かたのほほ保育園
	フリガナ カノ ヒメコ 児童氏名 交野 姫承 (28年 月 日生)	申請 かたのほほ保育園
	フリガナ 児童氏名 (平成 年 月 日生)	在園申請
	フリガナ 証明対象者氏名 交野 一郎 続柄: 児童の (<input checked="" type="radio"/> 父) 母 ・ 祖父 ・ 祖母	

正規雇用以外で
出産を理由に退職
後、再雇用の約束
がある場合は☑し
てください

①勤務証明書(内職証明書) 内職の方は(※)内表記をうめて下さい。

事業所記入欄 (申請者)	勤務先名 (※発注者名)	交野商店		職務内容 (※作業内容)	接客	
	勤務先住所 (※発注者所在地)	大阪府交野市私部〇-〇-〇		勤務先電話 (※発注者電話)	072-123-4567	
	採用(予定)年月日 (※内職開始年月日)	昭・平 17年4月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 採用 <input type="checkbox"/> 採用予定 (就労した日を記入。育児休業取得者は下欄も記入)		<input type="checkbox"/> 再雇用(出産が理由で退職されたが再雇用の約束がある場合等 年 月 日採用予定)		
	育児休業(予定)期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(保育園内定次第、育休切り上げ可) <input type="checkbox"/> 不可 注1: 育児休業は、ハード・ソフト等で会社からの育児休業制度が適用されない方や、出産後、再雇用の約束がある方は育児休業扱いしていただきます。その場合は育児休業日数の欄に				
	雇用形態 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート 【派遣・契約の】				
	就労日数 (※)	1ヵ月あたり 20 日	通常の日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		
	勤務形態	1週あたり 5 日		<input checked="" type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> シフト勤務 <input type="checkbox"/> 交代制 <input type="checkbox"/> 夜勤あり		
	勤務時間(含む休憩時間)	9時00分 ~ 17時00分 (休憩時間を含む) 育児短時間勤務制度を利用している場合の勤務時間 時 分 選考の際、労働契約上の正規の就労時間により				
	給与形態(見込み) (※賃金)	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 23 万円		<input type="checkbox"/> 日給 円 <input type="checkbox"/> 時間給 円(見込み月収 円)		
	上記のとおり就労していることを証明します。	所在地	大阪府交野市私部		代表者	株式会社 かの
証明年月日	平成 〇〇年 ××月 △△日	事業所名等	株式会社 かの			
		代表者	〇山 △男			
		記入担当者名	△△ △△			

育休中の方は必ずご記入ください
(育児休業給付金の制度については、勤め先またはハローワークに確認してくだ

自宅から勤務先に着
くまでの時間を記入
して下さい
※本人記入可

会社印を
押印して
ください
※印のない
ものは無効

内職の方は
こちらでも可

②自営業申立書

事業所代表者記入欄	事業所名称・屋号	かたの酒店		所在地連絡先	072-123-4568	
	所在地(住所)	交野市私部×-×-×		就業開始(予定)年月日	昭・平 17年4月1日	
	業種	販売業		具体的な仕事内容	仕入れ・配達・販売	
	就業日数	1ヵ月あたり 26 日	通常の日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 通勤時間 (片道)		
	通常就業時間	10時00分 ~ 18時00分 (休憩時間を含む拘束時間)				
	退職期間 (出産・育児休業中の方)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	申立内容の証明書類 (※いずれかのコピーを添付して下さい)	<input type="checkbox"/> 個人事業の開業届出書(控) <input type="checkbox"/> 営業許可証 <input type="checkbox"/> 確定申告書(控)				
	上記のとおり相違ありません。	証明年月日	平成 〇〇年 ××月 △△日		事業所名等	かたの酒店
			代表者名	大阪 三郎 (印)		

出産・育児のため
に、お休みされ
ている方はご
記入ください

屋号の印を押印してください

※保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、事実のとおりに記載し、また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受ける事があります。

記入上の注意

- ・必要に応じ、担当者に問い合わせをすることがあります。
- ・兄弟姉妹で申請されている方は上段の保護者記入欄に申請している児童名を記入していただければ証明は保護者1名に1通で構いません。

③ 出産

出産予定日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日出産(予定) ※母子手帳のコピーを添付
-------	-----------------------------------

④ 疾病

医療機関	氏名	交野 花子		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院(月 日程度) (週 日程度) ・ その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 入院(期間など) : 3ヶ月程度		
本人記入は無効)	〇〇病	〇〇病のため、検査入院が必要 ※必要に応じて記入し		
	〇〇病のため、検査入院が必要 ※必要に応じて記入し	<input checked="" type="checkbox"/> 児童の保育は不可能である <input type="checkbox"/> 児童の保育は困難である (その他、児童を保育する上での意見) []		
	治療見込み期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
上記のとおり相違ないことを証明します。				
証明年月日	医療機関名	★☆☆病院		
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所	〇〇市××1丁目〇-〇〇		
	医師名	★☆☆ 三郎		
病院の印 印				

必要に応じて当てはまる箇所にて日数・期間を記入

ご自身で出産予定日を記入の上、母子手帳の出産予定日の記載されている箇所(P.4)と、妊娠中の経過(P.8~P.9)(受診後)のコピーを提出してください (交野市母子健康手帳の場合)

終了日の属する月末まで有効です

⑤ 障がい状況証明

※手帳のコピーを添付して下さい

記入欄者	氏名	交野 花子	続柄	児童の(母)
	手帳の種類等	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害手帳(2)級 <input type="checkbox"/> 精神障害保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2		
	保育が困難な理由	※必要に応じて記入してください		

ご自身で記入の上、障害者手帳のコピーを提出してください

⑥ 介護・看護証明

※同居の親族又は長期間入院している親族の常時介護又は看護

記入欄者	介護・看護をする証明対象者氏名	交野 花子		
	続柄	児童の【 <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他()】		
	介護・看護を受ける方の氏名	交野 ハナ		
	続柄	児童の【 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他()】		

医療機関記入欄 (申請者本人記入は無効)	病名	〇〇病		
	介護・看護状況 (該当する項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通院(通所) <input type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 週 4日程度 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 食事補助 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱衣援助 <input type="checkbox"/> 入浴補助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄補助 <input checked="" type="checkbox"/> 通院(通所)同行 <input type="checkbox"/> その他()		
	症状 (該当する項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神障害保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定: 要介護(3) ・ 要支援() <input type="checkbox"/> 介護サービス: 有・無 <備考欄>		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
証明年月日	医療機関名	〇〇病院		
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所	〇〇市××2丁目〇-〇〇		
	医師名	□□ 四朗		
病院の印 印				

当てはまる箇所全てにチェックしてください ※複数選択可

記入上の注意

- ・記入は③⑤⑥(⑥の保護者記入部分)は保護者自身が記入し、医療機関記入欄は必ず医療機関が証明してください。
- ・③⑤は他に添付書類も必要となりますので、ご注意ください。

保育の利用を必要とする証明書

交野市長 宛

在園または申請のどちらかに○をつけてください。
在園の方は保育園名を、申請の方は第1希望の施設名をご記入ください。

保護者記入欄	フリガナ カタ/ ハジメ	在園申請	第2認定こども園
	児童氏名 交野 一 (平成25年 8月18日生)	在園申請	
	フリガナ カタ/ イチコ	在園申請	第2認定こども園
	児童氏名 交野 一子 (平成28年 5月20日生)	在園申請	
フリガナ	(平成 年 月 日生)	在園申請	
フリガナ			
証明対象者			祖母・)

1. 2. のどちらか□に☑をいれてください。
2. に☑を入れた方は求職活動内容を記入してください

⑦-①求職活動状況申告書
証明書を提出して下さい。

求職活動状況申告書

1. 認定こども園等に入園後、求職活動をする場合(□にチェックをお願いします)

□入園後、求職活動をする ⇒ **誓約書に進んでください**

2. 現在求職活動をされている場合

※目安として、月に求職活動を64時間以上している場合

※求職活動を行っている場合は、定期的に確認を行う予定です

□採用面接を受けている(受けた・受ける予定である)

□ハローワークに通っている(求人票の写しなど求職活動を行っていることが分かる書類を添付してください)

□仕事を探している

→□新聞の求人情報・広告 □求人情報誌 □インターネット □その他()

2. 求職

下記誓約書 **求職活動記録を記入してください**

日付	紹介、面接を受けた会社等、連絡先	結果 例:「不採用」○月○日に面接予定」等	日付	紹介、面接を受けた会社等、連絡先	結果または状況 例:「不採用」○月○日に面接予定」等
8/20	〇〇会社 072-8xx-0000	面接	9/3	〇〇会社 072-893-xxxx	面接
8/21	ハローワーク窓口にて相談		9/4	A社	企業調べ
8/22	〇〇会社 072-893-xxxx	履歴書送付	9/5	B社	企業調べ
8/23	〇〇会社 072-8xx-0000	面接結果待ち	9/10	△△商店 06-1111-0000	履歴書送付
8/28	〇〇会社 072-8xx-0000	不採用	9/11	〇〇会社 072-893-xxxx	不採用通知
8/29	××企業 000-xxx-1234	履歴書送付	9/12	人材派遣登録	
8/30	〇〇会社 072-893-xxxx	9/3 面接予定	9/15	人材派遣 説明会	登録にあたっての説明を聞く
8/31	求人情報誌閲覧		9/16	△△商店 06-1111-0000	不採用
9/1	ハローワーク窓口にて相談		9/17	A社	WEBテストを受ける
9/2	△△商店 06-1111-0000	履歴書送付	9/18	B社	WEBテストを受ける

1に☑を入れた方は「求職活動を休止している」として、待機児童に該当しません
申請後、月64時間以上の活動を行われた場合は、活動記録等を別途提出してください

求職活動記録を記入してください

記録を記入してください。

申請児 保護者記入欄

誓約書

私は「求職活動」の事由で保育所(園)に入所したため「保育の利用を必要とする証明書」を提出する。上記証明書を提出できない場合、保育の実施を断念し、また、求職活動の事実確認のため、会社等に問い合わせ等の調査を行うことに同意する。

誓約書内容を確認のうえ、署名・押印をしてください

交野 花子

平成 〇〇年 8 月 20 日 氏名

印

保育の利用を必要とする証明書

交野市長 宛

在園または申請のどちらかに○をつけてください。
在園の方は保育園名を、申請中の方は第1希望の施設名をご記入ください。

保護者記入欄	フリガナ カタ/ タロウ	カタ/ 上村 穂子	<input checked="" type="radio"/> 在園 <input type="radio"/> 申請	第1保育所
	児童氏名 交野 太郎	(平成25年 8月 18日生)		
	フリガナ		<input checked="" type="radio"/> 在園 <input type="radio"/> 申請	第1保育所
	児童氏名	(平成28年 5月 20日生)		
フリガナ	カタ/ イチロウ		<input type="radio"/> 在園 <input type="radio"/> 申請	
児童氏名	交野 一郎	(平成 年 月 日生)		
フリガナ				
証明対象者氏名	続柄: 児童の (<input checked="" type="radio"/> 父) ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・)			

※勤務先が内定(再雇用含む)している場合は①の勤務証明を提出して下さい。
※職業訓練を受けている(受ける事が決定している)場合は⑧の就学等(予定)証明書を提出して下さい。

⑦-② 求職活動状況申告書・誓約書

在園児	<input type="checkbox"/> 求職活動中	退職日	平成 年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 退職済	退職された日付けを記入してください	
保護者記入欄	誓約書		
	私の退職に伴い「保育を必要とする事由」が「求職活動」に90日以内に、保育の基準を満たす「保育の利用を必要とする」と認められない場合、保育の実施を解除されても異議はありません。		
	誓約書内容を確認のうえ、署名・押印をしてください 交野 一郎 (印)		

⑧ 就学等(予定)証明書 (上記の保護者記入欄を忘れずにご記入下さい。)

文講等の担当者記入欄	学校等種別	<input checked="" type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 各種学校 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 指導員訓練 <input type="checkbox"/> 認定職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()		
	称	〇〇大学		
	所在地	大阪市〇〇-〇〇-〇	連絡先	06-1234-5678
	就学(予定)期間	平成 29 年 4 月 1 日 ~ 平成 30 年 3 月 31 日		
	主な教育科目 受講科目	△△学科	通学時間(片道) ▲本人記入可	1 時間 分
	就学(受講)日数	6 日/週	通常 就学(受講)日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
	就学(受講)時間	8時 30分 ~ 16時 00分	1日あたり(7時間)(30分) うち休憩(1時間)(分)	
	就学(受講)日数・就学(受講)時間は必須 日によって違う場合は未記入でも可能ですが、カリキュラム(時間割)等を必ず添付してください			
	電話 06-1234-5678			
	記入担当者名 ★■ 五郎 電話(内線) 06-1234-5678			

就学等の終了予定日・卒業予定日を必ず記入してく

学科・科目等を記入してください

自宅から学校までの時間を記入してください
※本人記入可

就学(受講)日数・就学(受講)時間は必須
日によって違う場合は未記入でも可能ですが、カリキュラム(時間割)等を必ず添付してください

学校の印

※この就学(受講)証明書は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実の通りにご記入ください。
必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には不利益処分を受けることがあります。

ご自身で記入の上、在園証明を提出してください

⑨ 兄弟姉妹が療育施設等に母子通園している申告

療育施設名	〇〇〇〇園	※療育施設の在園証明を添付
-------	-------	---------------

⑩ 災害復旧

罹災日	平成〇〇年 〇 月 〇 日	※罹災証明のコピーを添付
-----	---------------	--------------

※記入上の注意

※記入は⑦⑨⑩(⑧の保護者記入部分)は保護者自身が記入し、就学(受講)等の担当者記入欄は証明者が記入してください。

※⑨⑩は他に添付書類も必要となりますのでご注意ください。

ご自身で記入の上、罹災証明を提出してください