

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 児童氏名	平成 令和	年 月 日生	在園 申請
	フリガナ 児童氏名	平成 令和	年 月 日生	在園 申請
	フリガナ 児童氏名	平成 令和	年 月 日生	在園 申請
	フリガナ 証明対象者氏名	続柄:児童の(父・母・祖父・祖母・)		

②出産

出産予定日	令和 ○年 ○○月 ○○日出産(予定) ※母子手帳のコピーを添付
-------	----------------------------------

③疾病

医	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 ○○病	
申請者本人記入は無効)	必要に応じて当てはまる箇所に <input checked="" type="checkbox"/> して日数・期間を記入してください	<input type="checkbox"/> 病のため、検査入院が必要 ※必要に応じて記入してください <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・令和 ○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 ○年 ○○月 ○○日	
	証明年月日	医療機関名	★☆病院
	令和 ○年 ××月 △△日	住所	○○市××丁目○-○○
		医師名	

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

④障がい状況証明

※手帳のコピーを添付して下さい

記入保護者	氏名	交野 花子	
	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	
	有効期限(次回判定月)	令和 ○年 ○月 ○日	

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

⑤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に限る

記入保護者	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 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()】	
記入保護者	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 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(通所施設)記入は無効)	病名	○○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() <input type="checkbox"/> 介護サービス; 有・無 <備考欄>	
証明年月日	医療機関(通所施設)名	○○病院	
令和 ○年 ○○月 ○○日	住所	○○市××2丁目○-○○	
	医師(施設長)名	□□ 四朗	

当てはまる箇所全てにしてください
※複数選択可

保育の利用を必要とする証明書

フリガナ 証明対象者氏名 続柄: 児童の(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。

⑥-① 求職活動状況申告書・誓約書

採用面接を受けている(受ける事、受ける予定がある)
退職された日付けを記入してください 退職日 令和 ○年 ○月 ○○日

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」に変更となりますので、上記退職日より90日以内に、就労を開始すること及び保育の基準を満たす「保育の利用を必要とする証明書」を提出することを誓約します。
 上記のとおり、退職日から90日以内に就労開始及び証明書の提出が完了しない場合は、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、署名をしてください

○日 氏名 **交野 一郎**

⑥-② 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

⑥-② 求職活動申告書 (□にチェックをお願いします)

1. 認定子ども園等に入園後、求職活動をする場合 ⇒ **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のみ
 求職活動内容(下記誓約書の記入日から)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	結果または状況 例:「不採用」「○月○日面接予定」等
8/20	〇〇会社 072-8xx-0000	面接
8/21	ハローワーク窓口にて相談	
8/22	〇〇会社 072-8xx-0000	履歴書送付
8/23	〇〇会社 072-8xx-0000	面接
8/28	〇〇会社 072-8xx-0000	不採用
9/3	〇〇会社 072-893-xxxx	面接
9/5	B社	企業調べ

1. に☑を入れた方は「求職活動を休止している」として、待機児童には該当しませんが、選考に対して不利になる事はありません。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

2. にチェックを入れた方は、求職活動記録を記入してください

誓約書

私は「求職活動」の事由で保育所(園)に入所した場合、入所後90日以内に、就労を開始すること及び保育の基準を満たす「保育の利用を必要とする証明書」を提出することを誓約します。
 上記のとおり、入所後90日以内に就労開始及び証明書の提出ができない場合は、保育の実施を解除されても異議はありません。
 また、求職活動の事実確認のため、会社等に問い合わせさせていただきます。

誓約書内容を確認のうえ、署名をしてください

令和 ○年 ○月 ○日 氏名 **交野 花子**

⑦ 就学等(予定)証明書

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()		
学科・科目等を記入してください	〇〇大学	大阪市〇〇-〇〇-〇	連絡先 06-1234-5678
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	5 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
就学(受講)時間	8時30分 ~ 16時00分	1日あたり(7時間) うち休憩(1時間)	()欄を子

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

就学等の終了予定日・卒業予定日を必ず記入してください

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

ご自身で記入の上、在園証明を提出してください

電話 06-1234-5678
 記入担当者名 ★■ 五郎
 電話(内線) 06-1234-5678

※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は、不利益処分を受ける事があります。

⑧ 兄弟姉妹が療育施設等に親子通園している申告

療育施設名 〇〇〇〇園 ※療育施設

⑨ 災害復旧

罹災日 令和 ○年 ○月 ○日 ※罹災証明

ご自身で記入の上、罹災証明を提出してください