

# 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

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

保護者記入欄	フリガナ <b>カタ/ タロウ</b>	平成	令和 ○年 ○月 ○日生	在園の方は保育園名を	も園
	児童氏名 <b>交野 太郎</b>	平成	令和 年 日生	申請	
	フリガナ	平成	令和 年 月 日生	在園	
	児童氏名	令和	令和 年 月 日生	申請	
フリガナ	カタ/ イチロウ	証明対象者氏名 <b>交野 一郎</b>		続柄: 児童の( <b>父</b> )・母・祖父	

## 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 (申請者本人記入は無)	勤務先名 (※発注者名)	<b>かたの商店</b>		職務内容 (※作業内容)	接客	
	勤務先住所 (※発注者所在地)	<b>大阪府交野市私部〇一〇一〇</b>		勤務先電話 (※発注者電話)	<b>072-123-4567</b>	
	採用(予定)年月日 (※内職開始年月日)	昭・平(令)元年 4月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 採用 <input type="checkbox"/> 採用予定		<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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(保育園内定次第 育休切り上げ可・不可) 注1: 育児休業は、パート・アルバイト等で会社からの育児休業制度が適用されない場合、出産が理由で退職されたが再雇用の約束がある方は育児休業扱いとしております。その場合は採用に☑してください。				
	雇用形態 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <b>育休中の方は必ずご記入ください</b> (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さい)				
	就労日数 (※)	1ヵ月あたり <b>20</b> 日 1週あたり <b>5</b> 日	勤務日	<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( 回/月) <input type="checkbox"/> 日		
	勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> シフト勤務 <input type="checkbox"/> 夜勤あり <input type="checkbox"/> 不定期( )				
	1週間(月曜日~日曜日)での休憩時間を含む労働契約上の就労時間(※)	(※)記載なしの場合は受理できません。 1週間(月曜日~日曜日)に <b>42.5</b> 時間勤務(休憩時間を含む拘束時間) 選考の際、こちらに記載している就労時間を優先とする。				
	休憩時間を含む労働契約上の就労時間	平日	<b>9時 00分</b>	~	<b>17時 30分</b>	(休憩時間を含む拘束時間)
	就労時間がシフト制等の場合	①( )				分
	②( )				分	
	③( )				分	
	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 ~ 時 分 選考の際、労働契約上の就労時間により基準点を算出します。					
	基本給(手当等を除く、基本給)	( <b>23万</b> )円		残業の有無		
給与形態(見込み) (※賃金)	<input type="checkbox"/> 日給( )円		円			
	<input type="checkbox"/> 時間給( )円(見込み月収		円			
	<input type="checkbox"/> 歩合給 1( )につき( )円					
	<input type="checkbox"/> その他( )円					
	通勤時間(片道)	▲本人記入可		時間	分	
上記のとおり相違ないことを証明します。						
証明年月日	所在地	<b>大阪府交野市私部〇</b>				
令和 ○○年 ××月 △△日	事業所名等	<b>株式会社 かたの商店</b>				
	代表者	<b>○山 △男</b>				
	記入担当者名	△△ △△		印	電	

自宅から勤務先に着くまでの時間を記入して下さい

会社印を  
押印して  
ください  
※印のないものは無効

証明時点で、まだ未定の方については、決定後に電話連絡にて伝えてください

### 【注意事項】

1. 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、事実のとおり記入下さい。  
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。
2. 上記の証明内容について、交野市役所こども園課の職員が電話等により確認させていただく事があります。
3. 転職・転勤される場合は、必ず勤務証明書を再提出してください。

# 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 ・ )

## 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 <del>平</del> 令 17年
	業種	販売業	具体的な仕事内容	仕入れ・配
	就業日数	1ヵ月あたり 26日 1週あたり 日	通常の就業日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土( 回/月) <input type="checkbox"/> 日
	通常の就業時間	10時00分～18時00分 (休憩時間を含む)		
	1週間(月曜日～日曜日)での休憩時間を含む就業時間	(※)記載なしの場合は受理できません。 1週間(月曜日～日曜日)に 時間就業(休憩時間を含む) 選考の際、こちらに記載してください		
	休職期間(出産・育児休暇中の方)	平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
	申立内容の証明書類	<input checked="" 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)		

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

いずれかの書類のコピーを添付してください

証明年月日 令和 ○年 ××月 △△日      事業所名等 **かたの酒店**

代表者名 **交野 一郎** (印)      屋号の印 (印)

※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。

屋号の印を押印してください

## ③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

## ④疾病

医療者本人記入は無効	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) : <b>3ヶ月程度</b> ○○病
	(該当する項目にチェックして下さい)	<input 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

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明年月日 令和 ○年 ××月 △△日      医療機関名 **☆☆病院**

住所 **○○市××1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)

必要に応じて当てはまる箇所にして日数・期間を記入してください

終了日の属する月末まで有効です

病院の印 (印)

### 記入上の注意

- ・記入は②③④の保護者記入部分は保護者自身が記入し、医療機関(通所施設)記入欄は必ず医療機関(通所施設)が証明してください。
- ・②③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( )				

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障がい状況証明

※手帳のコピーを添付して下さい

保護者記入欄	氏名	交野 花子				
	手帳の種別等	<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				

## 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に限る

保護者記入欄	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 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( )】				

医療機関(通所施設)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( ) <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  
令和 ○年 ○月 ○日

医療機関(通所施設)名  
〇〇病院

住所  
〇〇市××2丁目〇-〇〇

医師(施設長)名  
 四郎

当てはまる箇所全てにしてください  
※複数選択可

病院の印  
[印]

## ⑦-①求職活動状況申告書・誓約書

※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。

在園児童保護者記入欄	<input type="checkbox"/> 採用面接を受けている(受けた・受ける予定がある) <input checked="" type="checkbox"/> 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、本誓約書が解除されても異議はありません。		
	記入日	令和 ○年 ○月 ○日	氏名

誓約書内容を確認のうえ、署名をしてください

# 保育の利用を必要とする証明書

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

・母・祖父・祖母・

場合は①の勤務証明を提出して下さい。  
 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。

申請児童 保護者記入欄

## 求職状況申告書

(□にチェックをお願いします)

1. ☑ 認定こども園等に入園後、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)

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」「〇月面接予定」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	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

誓約書内容を確認のうえ、署名をしてください

令和 〇〇年 〇月 〇〇日 氏名 交野 花子

## ⑧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
	令和 〇年 4月 1日 ~ 令和 〇年 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	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)( ) (□欄をチェ	
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
	学校 の印		

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

※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事があります。

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親子通園している申告

療育施設名	〇〇〇〇園	※療育施設の
-------	-------	--------

## ⑩災害復旧

罹災日	令和 〇年 〇月 〇日	※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