

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 カタノ タロウ	平成	令和 ○年 ○月 ○日生	も園
	児童氏名 交野 太郎	平成	令和 年 日生	
	フリガナ	平成	令和 年 月 日生	
	児童氏名	平成	令和 年 月 日生	
フリガナ	カタノ イチロウ	証明対象者氏名 交野 一郎		続柄: 児童の (父) ・ 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)	かたの商店		職務内容 (※作業内容)	接客	
	勤務先住所 (※発注者所在地)	大阪府交野市私部〇一〇一〇		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(令)元年 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 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 <input type="checkbox"/> 派 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さい)				
	就労日数 (※)	1ヵ月あたり 20 日 1週あたり 5 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 <u>42.5</u> 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	9時 00分	~	17時 30分	(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。					
	月給(手当等を除く、基本給)	(23)円	残業の有無			
給与形態(見込み) (※賃金)	<input type="checkbox"/> 日給()円		自宅から勤務先に着くまでの時間を記入して下さい			
	<input type="checkbox"/> 時間給()円(見込み月収					
	<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。						
	所在地	大阪府交野市私部〇				
証明年月日 令和 ○○年 ××月 △△日	事業所名等	株式会社 かたの商店				
	代表者	○山 △男				
	記入担当者名	△△ △△	印	電話(内線)		

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さい)

シフト勤務の方で、複数の就労時間がある方は、記入してください

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



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. 利用給付認定の資料となるため、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。

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

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	カタ/ タロウ 交野 太郎	平成 令和 ○年 ○月 ○日生	も園
	フリガナ 児童氏名		平成 令和 年 日生	
	フリガナ 児童氏名		平成 令和 年 月 日生	
	フリガナ 児童氏名		園名	
	フリガナ 証明対象者氏名	カタ/ イチロウ 交野 一郎	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	昭平令 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 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
	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)		
	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 ※いずれかのコピーを添付して下さい	<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

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
-------	---------------------	--------------

屋号の印を押印してください

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 : 3ヶ月程度)
		○○病
		○○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
	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××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

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

保護者記入欄	フリガナ 児童氏名	カタ/ タロウ 交野 太郎	平成 令和 ○年 ○月 ○日生	も園
	フリガナ 児童氏名		平成 令和 年 日生	
	フリガナ 児童氏名		平成 令和 年 月 日生	
	フリガナ 証明対象者氏名	カタ/ イチロウ 交野 一郎	続柄:児童の(<input checked="" type="radio"/> 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・)	

証明者1名につき
1枚必要です

⑤障がい状況証明

※手帳のコピーを添付して下さい

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

記入保護者欄	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
	保育が困難な理由	※必要に応じて記入してください

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に限る

記入保護者欄	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 (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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 四郎

当てはまる箇所全てにしてください
※複数選択可



⑦求職活動誓約書

※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。

保護者記入欄	<p>誓 約 書</p> <p>私は「求職活動」の事由で新2号、新3号認定申請をした場合は、認定日から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証明書」を提出することを誓約します。 上記証明書を提出できない場合、認定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等の調査を行うことに同意します。</p>
	<p>令和 ○年 ○月 ○日 氏名 交野 花子 <input checked="" type="checkbox"/></p>

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

交野市長

証明者1名につき
1枚必要です

保護者記入欄	フリガナ カタ/ タロウ	平成	令和 ○年 ○月 ○日生	も園
	児童氏名 交野 太郎	平成	令和 年 日生	
	フリガナ	平成	令和 年 月 日生	
	児童氏名	令和	令和 年 月 日生	
	フリガナ	令和	令和 年 月 日生	
証明対象者氏名 カタ/ イチロウ	続柄:児童の(父) ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・)			

⑧就学等(予定)証明書

就学等の終了
予定日・卒業
予定日を必ず
記入してくださ

学科・科目等を
記入してください

就学(受講)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()		
		○○大学		
		大阪市○○-○○-○	連絡先	06-1234-5678
		令和 ○年 4月 1日 ~ 令和 ○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)()欄を子	
		電話 06-1234-5678	記入担当者名 ★■ 五郎	電話(内線) 06-1234-5678

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

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	○○○○園	※療育施設の在園
-------	-------	----------

ご自身で記入の上、
罹災証明を提出し
てください

⑩災害復旧

罹災日	令和 ○年 ○月 ○日	※罹災証明の
-----	-------------	--------