

記入例

※記入前にお読みください。
※修正がある場合は二重線で訂正してください。
※当てはまる事由に☑を記入のうえ、必要事項を記入してください。
※就労先が法人の場合は、別様式「就労証明書」をご提出ください。

【介護・看護等】【就学】【妊娠・出産】【疾病・療養】のみ使用できます。

することの申告書（証明書）

※油性ボールペンなど、容易に消えないもので記入してください。

※摩擦熱でインクが消えるペンは使用しないでください。

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------|-------------|
| 保護者氏名 | 大和 太郎 | 記入日 | 令和 〇年 〇月 〇日 |
| 児童氏名① 生年月日 | 大和 花子 平成・令和 年 月 日（ 〇歳） | 児童との続柄 | 父・母・その他（ ） |
| 事業主の方が記入してください。 農業等の場合もこちらに記入してください。 | | 利用（第1希望） 保育施設等名 | 〇〇〇こども園 |
| | | 利用（第1希望） 保育施設等名 | |

記の事項について事実と相違ないことを申告します。

該当する保育を必要とする事由に☑

| | | | |
|--|--|----------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 自営業・内職 ※会社等に勤務されている方は、別途 | | | |
| 氏 名 | 大和 太郎 | | |
| 就労者住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 大和町〇〇〇〇〇〇〇〇1番地の1 | | |
| 事業所の所在地 | <input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所の住所（〒〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市△△区△△町1-1） | | |
| 仕事の内容（具体的に） | ・農業・美容院・内職等 | | |
| 就労日数（固定勤務） | 一月あたり 20 日 | 就労時間（固定勤務） | 一月あたり 20 時間 |
| 就労時間（変則勤務） | 一月あたり 日 | 就労時間（変則勤務） | 一月あたり 時間 |
| 就労実績 | 前々月 7 月分 | 一月あたり 24 日 | 前月 8 月分 |
| 支給額 | 前回 8 月分 | 一月あたり 200,000円 | 今回見込 9 月分 |
| 特記事項 | | | |
| 就労（自営業・内職）の証明者の方 | 上記のとおり証明します。 証明日 令和 〇年 〇月 〇日 | | |
| 事業所の住所 | 仙台市△△区△△町1-1 | | |
| 事業所の名称 | 〇〇〇〇〇 | | |
| 事業主氏名 | 大和 太郎 | | |
| 事業所の電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 ⇒ <input type="checkbox"/> ①保育施設等の利用を開始できたら求職活動を行う <input checked="" type="checkbox"/> ②現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ③現在は就労しているが、今後退職し求職活動を行う予定である | ①～③いずれかに必ず☑を記入してください。 |
| 支給認定開始日から起算して90日を経過する日が属する月の末日までに保育を必要とするものの証明を提出できない場合は、認定期間満了となり、保育施設等利用中の場合は保育施設等を退所となることに異議ありません（教育・保育給付認定2・3号認定の場合に限る）。 | |
| 就労経験 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 〇年 〇月 ～ 〇年 〇月 まで 退職理由 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 倒産・失業 <input checked="" type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし |
| 上記「②現在、求職活動を行っている」に該当の方は以下を記入してください | |
| 求職活動の状況確認書類 | <input type="checkbox"/> ハローワークカード <input checked="" type="checkbox"/> 求人応募した事業所からの通知等 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給者資格証 <input type="checkbox"/> 書類なし（新規入所のみ選択可） <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 求職活動時間 | 一週あたり平均 5 日 一日あたり平均 5 時間 |
| 求職対象の職種 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） |

裏面もご確認ください

※保護者の方が、事業所名が記名されている証明書類（電子データを含む）を無断で作成又は改変を行った場合、刑法上の罪に関わる場合があります。

| | | | | | | | | | |
|----------------|---|----------------------|---|---------|---|--------------------------|-----------------|--|--|
| ☑ 介護・看護等 | | | | | | | | | |
| 介護・看護する方 | 氏 名 | 大和 太郎 | | | | 児童との続柄 | 父 母 ・ その他 () | | |
| 介護・看護される方 | 氏 名 | 大和 花子 (年齢 〇〇 歳) | | | | 児童との続柄 | 祖父 祖母 ・ その他 () | | |
| | | ☑同居 □別居(住所:) | | | | | | | |
| 介護・看護を必要とする理由 | ☑身体障害者手帳 1種 1級 □精神障害者保健福祉手帳 級 □療育手帳 A・B | | | | | | | | |
| | □介護保険被保険者証(要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2) □その他(病名等:) | | | | | | | | |
| デイサービスの利用 | ☑利用していない □利用している(サービスの内容:) | | | | | | | | |
| 介護・看護の状況 | ☑自宅介護・看護 | | ☑家事援助 ☑食事補助 □衣服着脱 ☑入浴補助 □排泄補助 □その他() | | | | | | |
| | □入院・通院の付き添い | | 入院・通院先(医療機関名:) | | | | 所在地:) | | |
| | □施設通所の付き添い | | 通所先(施設名:) | | | | 所在地:) | | |
| 介護・看護の日数・平均時間 | 一月あたり 30 日 | | ☑月 ☑火 ☑水 ☑木 ☑金 ☑土 ☑日 ☑祝日 | | ※介護・看護を行う曜日に☑を入れてください | | | | |
| | 平 日 | 合計: | 9 時間 00 分 | | 8 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| | 土 曜 | 合計: | 9 時間 00 分 | | 8 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| | 日曜・祝日 | 合計: | 9 時間 00 分 | | 8 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| その他具体的な介護・看護内容 | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □診断書の原本または写し □療育手帳の写し ☑身体障害者手帳の写し □精神障害者保健福祉手帳の写し □介護保険被保険者証の写し | | | | | | | | |
| ☑ 就学 | | | | | | | | | |
| 就学者氏名 | 大和 太郎 | | | | 児童との続柄 | 父 母 ・ その他 () | | | |
| 学校名 | 〇〇専門学校 | | | 就 学 期 間 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 | | | | |
| 学校の種類 | □大学 □大学院 □短期大学 ☑専門学校 □各種学校 □その他() | | | | | | | | |
| 就学日数 | 一月あたり 20 日 ・ 一週あたり 5 日 | | | | | | | | |
| 就学時間 | 一月あたり 40 時間 | | 一週あたり 40 時間 | | 一日あたり 8 時間 | | | | |
| 就学の時間帯 | 月 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | 火 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| | 水 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | 木 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| | 金 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | 土 | 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分 | | | | |
| | 日 | 時 分 ~ 時 分 | | | | | | | |
| | ※24時間表記・休憩を含んだ時間で記入してください | | ※通信制の場合、事業者発行のカリキュラム等により時間的な拘束性があることを確認できる書類の提出があれば認められる場合がありますのでご相談ください。 | | | | | | |
| 添付書類 | ☑在学証明書 □その他() | | | | | | | | |
| ☑ 妊娠・出産 | | | | | | | | | |
| 産前休暇 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 | | | | | | | | |
| 産後休暇 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 | | | | | | | | |
| 育児休暇 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 | | | | | | | | |
| 出産予定日 | 〇年 〇月 〇日 | | | 休暇後就労予定 | 復 帰 ・ 退 職 ・ 求 職 ・ 就 職 | | | | |
| 添付書類 | ☑就労証明書(入所中の方のみ) ☑母子手帳の写し(保護者氏名・出産予定日が記載されている部分) | | | | ※休暇後に復帰しない場合(退職する場合=専業主婦状態)は、保育所を退所することになりますのでご注意ください。また、求職の場合は求職活動状況申告書の提出が必要です。 | | | | |
| ☑ 疾病・療養 | | | | | | | | | |
| 療養者氏名 | 大和 太郎 | | | | 各種手帳をお持ちの場合は、手帳の交付日を記入してください。 | 父 母 ・ その他 () | | | |
| 療養の状況 | 居宅療養 ・ 入院中 ・ 通院中 | | | | | | | | |
| 療養予定期間 | 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日 | | | | | | | | |
| 疾病名称 | 〇〇〇〇〇 | | | | 医療機関名 | 〇〇〇〇〇 | | | |
| 通院頻度 | 一週あたり 1 日 | | 一月あたり 4 日 | | 通院所要時間 | 自宅から 2 km ・ 病院内滞在時間 30 分 | | | |
| 保育困難な理由 | 〇〇〇〇〇で保育が困難なため ※具体的にご記入ください | | | | | | | | |
| 添付書類 | ☑診断書の原本または写し □身体障害者手帳の写し □精神障害者保健福祉手帳の写し □療育手帳の写し | | | | | | | | |