

就労状況及び家庭状況等証明(申告)書

勤務者氏名 _____

児童との続柄 _____

- ・新規申込みの場合は、施設名は空欄にしてください。
- ・同時に申込みきょうだい、既に保育所等に在籍しているきょうだいについて、全員分記入してください。

児童氏名	(年 月 日生)	施設名	
児童氏名	(年 月 日生)	施設名	
児童氏名	(年 月 日生)	施設名	

1. 保護者の就労状況について、次のとおり申告します。

種 別	外勤・内職・自営業・農業・漁業 (いずれかに○をつけてください)		
勤務・従事時間	平日 時 分から 時 分まで 土曜日 時 分から 時 分まで 通勤先の住所 (市・町)	1日の勤務時間約 時間×1月 の勤務日数約 日=月 時間 ※週 日勤務×4週 ※休憩時間を含む	
勤務・従事しない日	定休 (毎週 曜日) 不定休 (週 日・月 日)		
仕事内容(具体的に)			
就労(予定)年月日	年 月 日 (就労している・就労予定である)		
産前産後休暇	年 月 日から 年 月 日まで		
育児休業	年 月 日から 年 月 日まで		
産後休暇が終了し職場に復帰する日、または育児休業法律に定める育児休業が終了し、職場に復帰する日 (過去1年以上に復帰された日付もご記入ください。)	令和 年 月 日 職場復帰 <input type="checkbox"/> 保育所等決定次第職場復帰 <input type="checkbox"/> 育児休業延長 (年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 育児休業延長不可 ※定員等の関係により職場復帰日までに保育所等を利用できない場合の取扱いについてチェックをお願いします。		

上記の内容に相違ないことを証明(確認)します。

<事業所>

令和 年 月 日

住所

電話番号

名称及び代表者氏名



- ※外勤及び内職に従事されている方は、事業所の証明が必要です。(代表者印または事業所印のないものは無効)
- ※自営業の方は、確定申告書の写し・事業開業(開始)届写しまたは登記簿写し等を添付してください。
- ※農業・漁業従事者の方は、確定申告の写し・農業従事申告書等を添付してください。
- ※記載内容を訂正する場合は、証明印と同じご印鑑を訂正印として押印してください。(修正液等による訂正不可)
- ※上記申告事項について、担当職員が内容を確認させていただく場合があります。

2. 保護者の状況について下記のとおり申告します。

<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	令和 年 月 日（予定日又は、出産日）
<input type="checkbox"/> 障がい	※手帳、診断書をお持ちの方は、その写しを添付してください。
<input type="checkbox"/> 疾病	入院 年 月 日より入院し 年 月 日退院予定 通院 年 月 日より通院（週 回）
<input type="checkbox"/> 介護・看護	平日1日平均 時間／土曜日1日平均 時間／月平均 日／1週間平均 日 通院 患者氏名 児童との続柄
<input type="checkbox"/> 求職活動	※求職カード、雇用保険受給者資格証の写し等を添付してください。
<input type="checkbox"/> その他	

※疾病・障害及び介護・看護の場合は下記の医師の証明を受けてください。

（下記内容がわかる診断書の添付でも可）

診 断 書	
(患者) 住所	_____
(患者) 氏名	_____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病 名	_____
加療見込期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
加療の程度	・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院 ・その他（ _____ ）
傷病の程度	・絶対安静 ・常時看護人必要 ・常時看護人不要 ・乳幼児保育困難 ・乳幼児保育可能 ・その他（ _____ ）
上記のとおり診断します	
令和 年 月 日	医師 住所 _____ 氏名 _____
	印

【添付書類】

- 妊娠・・・母子手帳等分娩予定日または出産日が分かるもの
- 疾病・障がい・・・診断書、身体障害者手帳、精神障害者保険福祉手帳、療育手帳等
- 介護・看護・・・被介護者、被看護者の診断書、介護・看護付添状況申立書等
- 求職活動・・・求職カード、雇用保険受給者資格証、求職中の支給認定に係る誓約書等
- 就学・・・在学証明書、学生証、時間割等スケジュールが分かるもの