

留守家庭児童会利用資格証明書

学校名	学年	児童氏名	生年月日
	年生	フリガナ	年 月 日生

【記入及び提出に当たっての注意点】

- 本証明書は**保護者1名につき1枚**の提出が必要です。
- 鉛筆、消えるボールペン等で記入されたものは無効です。
- 修正がある場合は、証明印を押印して修正してください。修正液、修正テープ等で修正された証明書は無効です。
- 記載内容に変更が生じた場合は、再度提出してください。

1. 就労の場合

(1) 会社や官公庁等に雇用されている場合（就職予定の方は、勤務開始後に再度提出していただきます。）

※「児童との続柄」を除く全ての欄を、事業所が記入し、及び押印してください。

勤務する者の氏名			児童との続柄				
勤務先の名称			電 話				
所在地（勤務地）			部署・職種				
雇用開始年月日	年	月	日	更 新	有（ か月ごと）・無		
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 常 勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 派遣	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
勤 務 状 況	勤務日数	週	日(月 日)	日・月・火・水・木・金・土			
	勤務時間	時 分 ~ 時 分		時間 分勤務			
通 勤 時 間	片道	分	通勤手段	1 電車	2 バス	3 自転車	4 その他（ ）
産 休 ・ 育 休 等	産前産後休暇	年 月 日 ~		年 月 日			
	育児休業	年 月 日 ~		年 月 日			
	復職予定日	年 月 日					
	短時間勤務による勤務時間	時 分 ~		時 分			
上記の者の <input type="checkbox"/> 勤務状況、 <input type="checkbox"/> 就職の内定状況 について、上記のとおり相違ないことを証明します。							
年 月 日		事業所の所在地					
		事業所の名称					
		代表者氏名		印			

【事業主の方へ】

- 派遣社員の場合は、派遣先又は派遣元のいずれかの勤務状況又は就職の内定状況の詳細が証明できる事業所で発行してください。
- 支店勤務の場合の証明は、支店の責任者又は本社の代表者のいずれかの者が行ってください。
- シフト制勤務で1週間当たりの勤務日数及び勤務時間の記載が困難な場合は、直近1か月分の勤務状況がわかる資料を添付してください。
- 証明内容について、池田市の職員が電話又は訪問により確認させていただく場合がありますので、ご了承ください。

(2) 自営業の場合（本人又は親族が事業をしている場合） ※全て事業主が記入してください。

従事者の氏名			児童との続柄		
勤務先の名称			電 話		
所在地（勤務地）	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他(所在地:)			
事業主との続柄	本人・配偶者・子・その他()		業 種		
雇 用 人 数			通 勤 時 間	片道	分
従 事 日 数	従 事 日	週	日(月 日)	日・月・火・水・木・金・土	
従 事 時 間	時 分 ~ 時 分		時間 分勤務		
上記のとおり申告します。					
年 月 日		屋 号 等			
		事 業 主 名		印	
(社印のない場合は事業主印を押印してください)					

- 営業確認のための書類(事業所の屋号又は事業主名が確認できる確定申告書の収支内訳書、青色申告決算書、源泉徴収票の写し等のいずれか)を必ず添付してください。

(3)内職の場合

※「児童との続柄」及び「保護者申告欄」を除く全ての欄を、発注者が記入してください。

受注者の氏名					児童との続柄	
内職の内容					契約期間	
(発注者の証明欄) 上記のとおり証明します。						
年	月	日	発注者の所在地			
			会社名			
			代表者氏名	印		
平均従事日数	週	日	平均従事時間	時	分	分
上記のとおり申告します。						
年	月	日	従事する者の氏名	印		

2. 疾病・出産・看護の場合

※「児童との続柄」を除く全ての該当欄を、医師が記入してください。

疾病(出産)者氏名					児童との続柄						
疾病又は要看護の場 合	疾病等名称										
	児童の保育ができるか (具体的に)										
	通院	週	回	期間	年	月	日	～	年	月	日
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日			
出産の場合	出産予定日	年	月	日	出産予定						
要看護(介護)の場 合	常時看護(介護)の必要性	有・無	看護(介護)をする者の氏名								
	看護(介護)を必要とする理由										
(医師の証明欄) 上記のとおり証明します。											
年	月	日	医療機関名								
			所在地								
			医師の氏名	印							
			電話番号								

● 出産の場合は、母子健康手帳の母親の名前、出産予定日及び通院履歴が記載されているページの写しを添付することで、医師の証明を省略することができます。

3. その他の場合 ※全て保護者が記入してください。

保護者氏名					児童との続柄		
学生の場合	学校名						
	所在地						
	在籍期間	年	月	日	～	年	月
上記以外の場合							
上記のとおり申告します。							
年	月	日	保護者氏名	印			

● 学生の場合は、学生証と履修内容のスケジュールが確認できる書面の写しを必ず添付してください。

● 「上記以外の場合」に該当する方は、市役所の窓口での面談後に必要な添付書類の案内を行います。

【問合せ】池田市役所 子ども・健康部 子育て支援課 電話 072-754-6252(直通)