

# 保育の実施理由証明書

【平成31年度】

施設名	現クラス	児童氏名（フリガナ）	生年月日
			年 月 日 生
			年 月 日 生
			年 月 日 生

- ・本証明書は保護者1名につき1部提出が必要です。（きょうだいはまとめて1部でかまいません。）
- ・勤務先や勤務時間等、保育を必要とする理由の内容に変更がある場合は速やかに再提出してください。
- ・証明内容が事実と異なる場合は、現在利用中の保育を実施解除又は保育所等の入所内定取消を行います。

**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、就職後に再度提出していただきます。）**

※「児童との続柄」以外の全ての欄は、事業所の方が記入してください。

勤務先の名称		電話	
所在地（勤務先）			
勤務する者の氏名	児童との続柄 ※保護者記入欄		父・母・その他（ ）
雇用開始年月日	年 月 日	職種・業務内容	
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（ ）
平均勤務日数	週 日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	時 分 から 時 分までの 時間 分
曜日別平均勤務時間 ※休憩時間含む	月 時間 分	火 時間 分	水 木 金 土 日 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分
育児休業取得中の場合	取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	復職予定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入所月翌月1日までに復職可能である。（※1）
	復職後勤務予定時間 （短縮勤務申請を含む）	時 分から 時 分までの 時間 分	
上記のとおり、相違ないことを証明します。			
年 月 日		事業者の所在地	
		事業所の名称	
		代表者氏名 印	
		証明担当者氏名	

※事業所の方へお願い（お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208）

- ・この書面は、保育所等入所基準への該当・非該当の確認に用います。社印も必ず押印してください。
- ・記入を誤った場合は、押印いただいた社印をもって訂正してください。
- ・シフト制勤務等で週あたり勤務日数及び時間の記載が困難な場合は、過去2ヶ月分の勤怠状況がわかる資料を添付してください。
- ・幼児保育課の職員が電話あるいは訪問により、確認させていただく場合もありますので、予めご了承ください。

（※1）4月入所をされた方は4月30日までに復職、5月～3月入所をされた方は、入所月翌月1日までに復職してください。

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

事業所の名称		電話	
所在地	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他（所在地：	）
業種・業務内容	雇用人数		名
従事する者の氏名 及び児童との続柄	(フリガナ) (A)	続柄 父	(フリガナ) (B)
平均勤務日数(A)	週 日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	時 分 から 時 分までの 時間 分
曜日別平均勤務時間(A) ※休憩時間含む	月 時間 分	火 水 木 金 土 日 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分	
平均勤務日数(B)	週 日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	時 分 から 時 分までの 時間 分
曜日別平均勤務時間(B) ※休憩時間含む	月 時間 分	火 水 木 金 土 日 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分 時間 分	
上記のとおり、申告します。			
年 月 日		事業主名 印	

※事業所の方へお願い（お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208）

- ・社印または店舗印がある方は、その印を押印してください。記入を誤った場合は、押印いただいた社印をもって訂正してください。
- ・営業確認のための書類（事業所の屋号または事業主名が確認できる確定申告書などの写し）を必ず添付してください。

### 3. 内職の場合

※「児童との続柄」「保護者申告欄」以外の全ての欄は、業務発注者の方が記入してください。

従事する者の氏名	(フリガナ)		児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他( )
業務内容			平均報酬	
平均勤務日数	週	日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	時 分から 時 分までの 時間 分
契約期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		※各月の実績報告を行っていただきます。	
(保護者 申告欄) 上記のとおり、申告します。				
年		月	日	従事者名 印
(発注者 証明欄) 上記のとおり、証明します。				
年		月	日	発注者名 印

※発注者の方へお願い(お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208)

- ・記入を誤った場合は、押印いただいた社印もしくは店舗印をもって訂正してください。
- ・勤務実態の確認の書類(計画表や予定表または業務報告書などの写し)を必ず添付してください。

### 4. 傷病・出産・看護の場合

※「児童との続柄」を除く該当欄は、医師の方が全て記入してください。

傷病・出産者又は 要看護者の氏名	(フリガナ)		児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他( )
傷病又は要看護の場合	傷病等の名称			
	傷病等の内容・症状			
	回復見込について		<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃回復予定 <input type="checkbox"/> 平成31年度中は回復の見込なし	
	通院	週 回	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
出産の場合	出産予定日		年 月 日 出産予定	
要看護の場合	看護を必要とする理由			
(医師 証明欄) 上記のとおり、証明します。				
年		月	日	医療機関住所
				施設名
				医師氏名 印
				電話番号

※出産の場合は、母子手帳の母親の名前及び出産予定日の記載ページの写しを添付することで医師の証明を省略できます。

### 5. その他の場合

保護者氏名	(フリガナ)		児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他( )
学生の場合	学校名			所在地
	在籍期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
介護の場合	要介護者氏名	(フリガナ)	児童との続柄 ※保護者記載欄	
	要介護認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 / 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 / 2 / 3 / 4 / 5 )		
	デイサービス利用	平均回数	週 回	平均時間 時 分から 時 分まで
上記以外の理由	(保育を必要とする理由)			
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。
- ・介護の場合は、介護認定審査会による認定結果通知と受けているサービスの利用予定表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、幼児保育課窓口での面談後に必要な添付書類の案内を行います。

保育の実施理由証明書

【平成31年度】

記入例

現クラス	児童氏名 (フリガナ) イケダ ジョウ 池田 二郎	生年月日 平成28年 4月 28日 生 年 月 日 生 年 月 日 生
------	---------------------------------	--

- ・本証明書は保護者1名につき1部提出が必要です。(きょうだいはまとめて1部でかまいません。)
- ・勤務先や勤務時間等、保育を必要とする理由の内容に変更がある場合は速やかに再提出してください。
- ・証明内容が事実と異なる場合は、現在利用中の保育を実施解除又は保育所等の入所内定取消を行います。

この箇所は、保護者が記載してください。

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、就職後に再度提出していただきます。)

※「児童との続柄」以外の全ての欄は、事業所の方が記入してください。

勤務先の名称	池田市役所		電話	072-△△△-△△△△			
所在地(勤務先)	大阪府池田市城南1-1-1						
勤務する者の氏名	池田 花子		児童との続柄 ※保護者記入欄	父 (母) ・ その他( )			
雇用開始年月日	20	年	4	月	1	日	職種・業務内容 事務系
雇用形態	<input checked="" 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( )	
平均勤務日数	週	5	日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	8時 45分 から 17時 15分までの 8時間 30分		
曜日別平均勤務時間 ※休憩時間含む	月	火	水	木	金	土	日
	8時間 30分	8時間 30分	8時間 30分	8時間 30分	8時間 30分	時間 分	時間 分
育児休業取得中の場合	取得期間	30年 12月 20日 ~ 31年 4月 27日					
	復職予定年月日	31年 4月 28日					
	復職後勤務予定時間 (短縮勤務申請を含む)	8時 45分から 16時 15分までの 7時間 30分					

上記のとおり、相違ないことを証明します。

30年 11月 15日

事業者の所在地	大阪府池田市城南1-1-1
事業所の名称	池田市役所
代表者氏名	池田市長 倉田 薫 印
証明担当者氏名	市長公室 人事課 ○○ ○○

※事業所の方へお願い(お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208)

- ・この書面は、保育所等入所基準への該当・非該当の確認に用います。社印も必ず押印してください。
- ・記入を誤った場合は、押印いただいた社印をもって訂正してください。
- ・シフト制勤務等で週あたり勤務日数及び時間の記載が困難な場合は、過去2ヶ月分の勤怠状況がわかる資料を添付してください。
- ・幼児保育課の職員が電話あるいは訪問により、確認させていただく場合もありますので、予めご了承ください。

(※1)4月入所をされた方は4月30日までに復職、5月~3月入所をされた方は、入所月翌月1日までに復職してください。

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

事業所の名称	ふくまる商店		電話	072-△△△-△△△△			
所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他(所在地: )					
業種・業務内容	小売		雇用人数	5名			
従事する者の氏名 及び児童との続柄	(フリガナ) イケダ タロウ (A) 池田 太郎	続柄 父	(フリガナ)	続柄			
平均勤務日数(A)	週	5	日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	9時 00分から 19時 00分までの 10時間 00分		
曜日別平均勤務時間(A) ※休憩時間含む	月	火	水	木	金	土	日
	10時間 00分	時間 分	10時間 00分	10時間 00分	10時間 00分	10時間 00分	時間 分
平均勤務日数(B)	週	日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	時 分から 時 分までの 時間 分			
曜日別平均勤務時間(B) ※休憩時間含む	月	火	水	木	金	土	日
	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分	時間 分

上記のとおり、申告します。

30年 11月 15日

事業主名 ふくまる商店 池田 太郎 印

※事業所の方へお願い(お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208)

- ・社印または店舗印がある方は、その印を押印してください。記入を誤った場合は、押印いただいた社印をもって訂正してください。
- ・営業確認のための書類(事業所の屋号または事業主名が確認できる確定申告書などの写し)を必ず添付してください。

### 3. 内職の場合

※「児童との続柄」「保護者申告欄」以外の全ての欄は、業務発注者の方が記入してください。

従事する者の氏名	(フリガナ) イケダ タロウ 池田 太郎	児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他 ( )
業務内容	商品組み立て	平均報酬	1日当たり 8,000円
平均勤務日数	週 6 日	平均勤務時間 ※休憩時間含む	11時 00分から 21時 00分までの 10時間 00分
契約期間	平成 30年 1月 1日 ~ 平成 31年 12月 31日		※各月の実績報告を行っていただきます。
(保護者 申告欄) 上記のとおり、申告します。 30 年 11 月 15 日 従事者名 池田 太郎 印			
(発注者 証明欄) 上記のとおり、証明します。 30 年 11 月 30 日 発注者名 株式会社 ○○○○ 印			

※発注者の方へお願い(お問い合わせ先：池田市子ども・健康部幼児保育課 入所担当 [TEL]072-754-6208)

- ・記入を誤った場合は、押印いただいた社印もしくは店舗印をもって訂正してください。
- ・勤務実態の確認の書類(計画表や予定表または業務報告書などの写し)を必ず添付してください。

### 4. 傷病・出産・看護の場合

※「児童との続柄」を除く該当欄は、医師の方が全て記入してください。

傷病・出産者又は 要看護者の氏名	(フリガナ) イケダ ハナコ 池田 花子	児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他 ( )
傷病又は要看護の場合	傷病等の名称		
	傷病等の内容・症状		
	回復見込について	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃回復予定 <input type="checkbox"/> 平成31年度中は回復の見込なし	
	通院 週 回	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
出産の場合	出産予定日	31年 5月 24日 出産予定	
要看護の場合	看護を必要とする理由		
(医師 証明欄) 上記のとおり、証明します。 30 年 11 月 15 日			
	医療機関住所	○○○○○	
	施設名	○○クリニック	
	医師氏名	院長 ○○ ○○	印
	電話番号	072-△△△-△△△△	

※出産の場合は、母子手帳の母親の名前及び出産予定日の記載ページの写しを添付することで医師の証明を省略できます。

### 5. その他の場合

保護者氏名	(フリガナ) イケダ ハナコ 池田 花子	児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他 ( )
学生の場合	学校名	○○大学	所在地 ○○○○
	在籍期間	31年 4月 1日 ~ 35年 3月 31日	
介護の場合	要介護者氏名	(フリガナ)	児童との続柄 ※保護者記載欄
	要介護認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 / 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 / 2 / 3 / 4 / 5 )	
	デイサービス利用	平均回数 週 回	平均時間 時 分から 時 分まで
上記以外の理由	(保育を必要とする理由)		
上記のとおり、申告します。 30 年 11 月 15 日 保護者氏名 池田 花子 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。
- ・介護の場合は、介護認定審査会による認定結果通知と受けているサービスの利用予定表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、幼児保育課窓口での面談後に必要な添付書類の案内を行います。