

留守家庭児童会資格証明書

| | | |
|----------|--------------------|-------|
| 学校名・学年 | 児童名（留守家庭児童会利用児童のみ） | 生年月日 |
| 小学校・学園 年 | | 年 月 日 |
| 小学校・学園 年 | | 年 月 日 |

【注意点】

- ・鉛筆や消せるボールペン等で記入されたものは、無効となります。
- ・修正の場合は二重線で見え消しのうえ修正してください。訂正印は不要（任意）です。
- ・修正液や修正テープで訂正された証明書は無効となります。
- ・勤務先や勤務時間等に変更があった場合は、速やかに再度提出してください。

1. 就労の場合

【証明者の方へ】

- ・派遣社員の場合は、派遣先又は派遣元のいずれかの就労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方が行ってください。

証明日 西暦 年 月 日

事業所名

代表者名

所在地

電話番号

担当者名

担当者連絡先

※証明内容確認のため、担当者へ電話させていただく場合があります。

下記の内容について、事実であることを証明します。

※本証明書について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

| | | | | |
|----------------------------|--|-----------|---|-------------|
| 勤務者氏名 | | 児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 勤務先名称 | | 電 話 | | |
| 勤務先所在地 | | 部 署 ・ 職 種 | | |
| 雇 用 形 態 | <input type="checkbox"/> 正規雇用(フルタイム勤務かつ無期雇用) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 雇用（契約）期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 契約更新の有無 有・無 |
| | ※無期の場合は雇用（契約）開始日のみ記載 | | | |
| 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 | 1日当たり 時間 分(休憩時間を含む。) | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 上記、勤務状況欄への記載が困難な場合 →勤務日数及び勤務時間が確認できる書類（出勤簿やタイムカード等）の写し（申請日の直近1ヶ月分） | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自営業の場合 ①直近の確定申告第1表及び第2表（写し） ②開業届出書(写し) 及び相手方が違う請負契約書、受注書等2点（写し） ※②は開業初年度等により①の提出が困難な場合に限る。②については、追加書類を求める場合があります。 | | | |
| 短時間勤務制度を活用中(活用予定)の場合 | | 勤務時間 | 時 分 ~ 時 分 | |
| 休業中・休職中の場合 ※育児休業中は利用できません。 | | 復職予定日 | 年 月 日 | |

【問合せ先】池田市教育委員会 地域教育課 留守家庭児童会担当（TEL:072-754-6610（直通））

2. 疾病・介護(看護)の場合※「児童との続柄」及び「介護(看護)をする者の氏名」を除く全ての該当欄を医師が記入してください。

| | | | |
|---------------------------|--|--------|--|
| 疾病者氏名又は 介護(看護)をされる者の氏名 | | 児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 介護(看護)をする者の氏名 | | 児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 疾病等の名称 | | | |
| 状態 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 日) <input type="checkbox"/> 療養が必要である (児童の保育に支障がある。)。 <input type="checkbox"/> 常時介護(看護)が必要である。 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 期間 | <input type="checkbox"/> 年 月 日まで (見込み) <input type="checkbox"/> 無期限 | | |
| (医師の証明欄) | 医療機関名 | | |
| 上記のとおり証明します。 | 所在地 | | |
| 年 月 日 | 医師の氏名 | | |

3. その他 (出産・障がい・就学など) の場合 ※全ての該当欄を保護者が記入してください。

| | | | |
|--------------------|--|---|--|
| 保護者氏名 | | 児童との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 出産の場合 | 出産予定日 | 年 月 日 出産予定 | |
| | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (表紙と出産予定日・通院履歴の記載されているページ) の写し | |
| 障がいの場合 (いずれか1点) | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級) の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 学校名 | 所在地 | |
| 就学の場合 | 在籍期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 通学週日 | 就学時間 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 添付書類 (全て提出) | <input type="checkbox"/> 在学証明書又は学生証の写し <input type="checkbox"/> 履修内容のスケジュールが確認できる書類の写し | |
| 上記以外の場合 | 添付書類 <input type="checkbox"/> () [受付時に案内します。] | | |
| (保護者の申告欄) | 上記のとおり申告します。 保護者氏名 | | |
| 年 月 日 | | | |

【問合せ先】池田市教育委員会 地域教育課 留守家庭児童会担当 (TEL:072-754-6610 (直通))