

※ 就労証明書及び本証明書は保護者1名につき1部提出が必要です。

令和8(2026)年度

保育の実施理由証明書

施設名（在園者の方のみ）	児童氏名（フリガナ）	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※記入及び提出に当たっての注意点（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、保育所等入所選考における指数及び保育の必要性の確認に用います。
- 油性ペンで記入してください。鉛筆、消せるボールペン等で記入されたもの無効です。なお、「1. 疾病の場合」は医師による押印が必要です。
- 記入を誤った場合は、二重線で訂正してください（疾病の場合は押印いただいた印で訂正してください）。修正液、修正テープ等で修正されているものは無効です。
- 幼児保育課の職員が電話あるいは事業所等への訪問により、記載内容の事実確認を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。
- 証明内容が事実と異なる場合は、利用中の保育の実施解除や入所内定の取消、施設等利用給付認定の取消（保育の無償化の対象外）となります。

1. 疾病の場合

※「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。
※本証明欄への記載が困難な場合等は、別途医師の診断書の提出に代えることもできます。

氏名			児童との続柄 ※保護者記入欄	父・母・その他（ ）																				
疾病の状況	疾病等の名称																							
	疾病等の内容・症状	☐ 左記により家庭での保育が困難である																						
	送迎行為の可否	☐ 可能 ☐ 不可能・困難（ ）のため																						
	回復見込について	☐ 令和 年 月 日回復予定 ☐ 当該年度中は回復の見込なし																						
	通院 月 回	入院期間					年			月			日	～				年			月			日
特記事項	☐ 特記事項なし																							
	☐ 特記事項あり																							
上記のとおり、証明します。																								
証明日	2	0	2		年			月			日	医療機関住所												
												施設名												
												医師氏名 印												
												電話番号												

2. 介護・看護の場合

介護・看護を受ける者	住所											左の者と児童の続柄	祖父・祖母・その他（ ）											
	氏名																							
介護・看護者の氏名											左の者と児童の続柄	父・母・その他（ ）												
要介護認定結果	☐ 非該当 ☐ 要支援（ 1 / 2 ） ☐ 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																			
添付書類 ※いずれか1つ	☐ 介護保険被保険者証と介護サービスの利用予定表の写し ☐ 医師の診断書 ☐ 入院計画書の写し																							
上記のとおり、申告します。																								
申告日	2	0	2		年			月			日	保護者氏名												

フリガナ

児童名

フリガナ

児童名

3. 就学の場合

就学者氏名											児童との続柄	父・母・その他()																						
学校等名											所在地																							
学業内容・コース名																																		
在籍期間						年						月				日	～							年						月				日
就学時間	時 分から 時 分										通学	週 回					月・火・水・木・金・土・日																	
添付書類 ※すべて提出	☐ 在学証明書又は学生証の写し ☐ 就学時間が分かる書類(カリキュラム等)の写し																																	
上記のとおり、申告します。																																		
申告日	2	0	2			年					月					日	保護者氏名																	

4. 求職の場合

下記について確認の上、誓約します。																													
申告日	2	0	2			年					月					日	保護者氏名												
1月64時間以上の就労を条件として、求職活動を行います。 上記を要件として池田市から教育・保育給付認定又は施設等利用給付認定がなされた場合、速やかに就労先を決め、市の指定する期日までに就労先の証明を得た保育の実施理由証明書をあらためて提出いたします。 なお、通知された認定期間(認定開始から3か月間)中に就労条件を満たすことができず、保育の実施理由証明書を提出できない場合には、<u>保育の実施解除(保育所等の退所)及び施設等利用給付認定期間を満了(保育の無償化の対象外)とされても異議を申し立てません。</u>																													
※ 求職活動の具体的内容及び就職の見通しを記載 (単にインターネット等での情報収集を行うのみでは、保育要件と認められません。)																													

5. その他(障がい・出産・その他)の場合

氏名											児童との続柄	父・母・その他()																	
保育を必要とする事由	☐ 障がい ☐ 出産 ☐ その他()																												
障がいの場合	添付書類 ※いずれか1点	☐ 身体障害者手帳の写し ☐ 療育手帳の写し ☐ 精神障害者保健福祉手帳の写し																											
	出産の場合	出産予定日					年					月				日													
		添付書類	☐ 母子健康手帳の表紙と出産予定日の記載されているページの写し																										
その他の場合	添付書類	☐ () [受付時に案内します。]																											
上記のとおり、申告します。																													
申告日	2	0	2			年					月					日	保護者氏名												