

※ 本証明書は保護者1名につき
1部提出が必要です。

【令和5(2023)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

※証明者様へのお願い (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、**社印等により証明**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、**担当者の個人印で証明されたものは無効**です。
- 記入を誤った場合は、押印いただいた**社印等で訂正**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. 会社や官公庁等に雇用されている場合、または個人事業主や会社経営者の場合

※会社や官公庁等に雇用されている場合、「児童との続柄」以外の全ての欄は、必ず事業所の方が記入・証明してください。

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()
勤務先の名称	電話番号 ※左詰め。数字のみ記入。	
所在地(勤務先)		
勤務開始年月日	年 月 日	職種・業務内容
自営業等により、自身で証明する場合に添付。 ※原則確定申告書の写しを添付。	<input type="checkbox"/> 確定申告書の写し(第一表及び第二表)	<input type="checkbox"/> ・開業届出書の写し ・相手方が違う領収書等の写し2点 ※開業初年度等により左記の添付が困難な場合に限る
勤務状況	①固定勤務の方	勤務日数 週 日 平日 開始 時 分 終了 時 分 上記以外 開始 時 分 終了 時 分
	②シフト制勤務等の方	平均勤務日数 1週当たり 日 ひと月当たり 日 週平均勤務時間数 時間 分勤務 ※休憩時間を含む 月平均勤務時間数 時間 分勤務 ※休憩時間を含む
主な勤務時間	① 開始 時 分 終了 時 分	② 開始 時 分 終了 時 分
育児休業を取得中の場合	取得期間 2 0 年 月 日	～ 2 0 年 月 日
	復職予定年月日 2 0 年 月 日	<input type="checkbox"/> 4月入所希望の場合は4月30日までに、その他の月の入所希望の場合は入所月翌月1日までに復職可であればチェック
特記事項 ※変則勤務等ある場合はご記入ください。	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり	
上記の通り <input type="checkbox"/> 就労している ことを証明します。 <input type="checkbox"/> 就労予定である	事業者の所在地	
証明日 2 0 2 年 月 日	事業所の名称	
	代表者氏名	印
※就労予定の場合、就労開始後に再度証明してください。	証明担当者氏名	電話番号 - -

2. 内職の場合

保護者申告欄	従事する者の氏名	児童との続柄	父・母・その他()
	業務内容		
	平均勤務日数	週 日	平均勤務時間 時 分から 時 分 (うち休憩時間 分)
	契約期間	年 月 日	～ 年 月 日
	添付書類	<input type="checkbox"/> 勤務実態の確認書類(計画表や予定表、業務報告書等)の写し	
	上記のとおり、申告します。 証明日 2 0 2 年 月 日 従事者名		
発注者証明欄	直近3か月の報酬額	月分 円	月分 円 月分 円
	上記のとおり、証明します。 証明日 2 0 2 年 月 日 発注者名 印		

3. 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	<input type="checkbox"/> 左記により家庭での保育が困難である																			
	送迎行為の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能・困難 ()のため																			
	回復見込について	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日回復予定 <input type="checkbox"/> 令和5年度中は回復の見込なし																			
	通院 月 回	入院期間					年				日	~					年				日
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																					

4. 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	<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										
添付書類 ※いずれか1つ	<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 医師の診断書	<input type="checkbox"/> 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		

5. 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					日	~									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	<input type="checkbox"/> 在学証明書又は学生証の写し					<input type="checkbox"/> 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					

6. 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、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。																					
※ 求職活動の具体的な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。)																					