

保育を必要とする証明書

令和 年 月 日

富田林市長 様

労働形態等について、下記のとおり報告します。

なお、報告内容に虚偽や事実相違のある場合、保育の実施を取り消されても異議ありません。

保護者氏名 _____

在園・申込 施設名	(施設名)	園児氏名	H/R 年 月 日生
			H/R 年 月 日生
			H/R 年 月 日生

※本証明書は、保護者ごとに1通ずつ作成してください。園児が複数いる場合、きょうだい分は写しで構いません。

□1.外勤(内勤)

勤務者氏名	児童との続柄	父・母・祖父・祖母
-------	--------	-----------

※以下の欄は必ず事業主が直接記入してください。記入漏れがないようにお願いします。

勤務者氏名	雇用形態	常雇・パート・アルバイト・()
勤務先名	勤務先TEL	
勤務先住所		
就職年月日	S・H・R 年 月 日 (就労中・内定)	勤務日 月・火・水・木・金・土・日・シフト制
勤務内容	勤務日数	1ヶ月 平均 日(うち土日 日)
勤務時間	平日: 時 分 ~ 時 分 休憩時間 分	実就労時間 1日 時間 分
	土日: 時 分 ~ 時 分 休憩時間 分	実就労時間 1日 時間 分
雇用期間	1. 定めなし 2. 定め有り(令和 年 月 日迄) 3. その他()	
給与	1. 月給 2. 日給(円) 3. 時間給(円/時間) 4. 歩合制	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

記載担当者名 _____

※事業主様へ この証明の内容もしくは、勤務状況等について照会させていただくことがありますので、ご了承願います。

□2.自営業(手伝い)・農業 ※民生委員の方の確認が必要です。記入漏れがないようにお願いします。

自営(手伝い)・農業者氏名	児童との続柄	父・母・祖父・祖母
自営	店主氏名	店舗TEL
	店舗名	自営内容
	店舗住所	
農業	農業内容	耕作面積
	農地所在地	
勤務内容	就労年月日	S・H・R 年 月 日 勤務日 月・火・水・木・金・土・日・シフト制
	勤務内容	勤務日数 1ヶ月 平均 日(うち土日 日)
	勤務時間	平日: 時 分 ~ 時 分 休憩時間 分
土日: 時 分 ~ 時 分 休憩時間 分		実就労時間 1日 時間 分

民生委員の状況確認欄

上記の者について自営・農業に従事していることを確認しました。

令和 年 月 日

地区民生委員

□3.内職（内訳書を添付してください。就労しているとみなせる収入が必要です。）

就労者氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母
従事時間		従事日数	1ヶ月平均 日

※以下の欄は必ず事業主が直接記入してください。記入漏れがないようにお願いします。

被雇用者		内職開始年月	年 月 日
内職の種類			
現在している内職の内訳	単価()円 × ()個 × ()日 =	円	
前3ヶ月の賃金	月 円	月 円	月 円
上記の通り相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
所在地	電話番号：		
事業所名			
代表者名	記載担当者名：		-----

□4.障がい（※手帳の写しを添付してください。）

障がい者氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母
手帳の種類	身体障がい者・療育・精神障がい者 / 等級 級		

□5.学生（※在学証明書又は学生証と、カリキュラム表の写しを添付してください。）

学生氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母
学校名		電話番号	- -

□6.疾病・介護・出産予定者（※出産予定者は診断書不要。出産予定の子の母子手帳をご持参ください。）

疾病・出産(予定)者氏名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母
--------------	--	--------	-----------

※以下の欄は必ず担当医師が直接記入してください。

患者氏名		手術予定日	令和 年 月 日
通院期間	週 月 日 ()		
入院期間	S・H・R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (予定)		
現在の状態、育児の可・否について詳しく記入してください。			
上記の通り相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
所在地	電話番号：		
医療機関名			
医師氏名			