

保護者 様

稲沢市子ども健康部保育課

就労等証明書（就労以外）の記入について（依頼）

この就労等証明書は保育園等の入園申込み及び継続申請の際、保育が必要な状況を確認するために必要なものです。

下記記載要領により裏面の記入をお願いします。

記

1 妊娠・出産の場合

①を記入するとともに、母子健康手帳の写し（表紙及び出産予定日の記載がある頁）を添付してください。

2 疾病等の場合

②を記入するとともに、診断書、あるいはそれにかわる証明書を添付してください。

3 障がいの場合

③を記入するとともに、障害者手帳等の写し（氏名、顔写真及び障害等級表による級別の記載がある頁）を添付してください。

4 災害復旧の場合

④を記入するとともに、被災証明書を添付してください。

5 求職活動の場合

⑤を記入してください。

6 介護等の場合

⑥及び「※」欄を記入するとともに、被介護者の方の診断書又は障害者手帳等の写し（氏名、顔写真及び障害等級表による級別の記載がある頁）を添付してください。

なお、介護等に該当する場合は、月に60時間以上介護等をしていることが必要です。

7 就学の場合

⑦及び「※」欄を記入するとともに、在学証明書及び就学期間・就学時間が分かる書類の写しを添付してください。

8 注意事項

就労等証明書（就労以外）及び添付書類は保育の目的以外には使用しません。

問い合わせ先

愛知県稲沢市稲府町1番地 稲沢市子ども健康部保育課 給付管理グループ（電話 0587-32-1297）

就労等証明書（就労以外）

年 月 日

住所地
保護者
電話番号

印 入園児童との続柄（ ）

下記の内容について、事実であることを証明いたします。（該当箇所のみ記入してください。）

| | | | | |
|---------------------|---|-------|----------------------------------|--|
| ① 妊娠・出産 | 分娩予定日： 年 月 日（母子健康手帳の記載日） | | | |
| ② 疾病等 | 通院：週 日 入院期間： 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | 病名： | | | |
| ③ 障がい | 手帳 身障手帳 級 ・ 療育手帳 判定 ・ 精神手帳 級 | | | |
| ④ 災害復旧 | （発生日） 年 月 日から | | | |
| ⑤ 求職活動 | （開始日） 年 月 日から（ a, 開始 ・ b, 開始予定 ） | | | |
| ⑥ 介護等 ※も記入してください | 被介護者氏名： （入園児童との続柄： ） | | | |
| | 病名・手帳等による認定： | | | |
| | 介護等先： | | | |
| | （開始日） 年 月 日から（ a, 開始 ・ b, 開始予定 ） | | | |
| ⑦ 就学 ※も記入してください | 所在地 | | | |
| | 名称 | | | |
| | 就学期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| ※ 介護等・就学の時間・日数 | <介護等・就学日数> 週 日 | | <保育園から介護等・就学先までの移動時間> 片道 時間 分 | |
| | <介護等・就学時間> | | | |
| | （平 日） 午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分（実働 時間 分+休憩 分） | | | |
| | （土・日） 午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分（実働 時間 分+休憩 分） | | | |
| 前3か月の実績 | 月（ 日） | 月（ 日） | 月（ 日） | |
| ⑧ その他 | （ ） | | | |

| | |
|------|---------------------------|
| 児童氏名 | ・ (年 月 日生) 利用施設名 利用中・申込中 |
| | ・ (年 月 日生) 利用施設名 利用中・申込中 |
| | ・ (年 月 日生) 利用施設名 利用中・申込中 |

提出された書類は、保育課にて独自に実態調査、審査を行い、必要に応じて再度書類の提出を求められることがあります。

証明内容に虚偽の記載があった場合、保育園の入園を取り消すことがあります。

（裏面もご覧ください）