

勤務証明並びに申告書【平成31年度 保育施設手続き用】

児童氏名	利用施設
(年 月 日生)	(園・所)

【ご記入いただくにあたっての注意点】

- 記載内容について入所中の保育施設に情報提供いたします。
- 鉛筆、消えるボールペン（フリクションボールペン等）等で記入されたものは無効となります。
- 必要事項の記入漏れのないようにご注意ください。証明印、証明年月日の無い場合は、受理できません。
- 修正のある場合は、証明印と同一の訂正印を押印してください。修正液、修正テープ等で修正された証明書は無効となります。
- 父母ともに土曜日・日曜日に勤務であると証明がない限りは、土曜保育・休日保育は利用できません。
- 内定の証明の場合は、勤務開始後に再度提出してください。

1 会社や官公庁などに雇用されている場合(必ず全て事業者が記入押印してください。)

勤務者の氏名			児童との続柄	父・母・その他()		
勤務先の名称			電話			
勤務先の所在地			部署・職種			
採用年月日	昭和・平成 年 月 日 (採用・内定)					
有期雇用の場合	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		更新	有(か月ごと)・無		
雇用形態	① 正規雇用 ② 非正規雇用 ③ アルバイト・パート ④ 派遣社員 ⑤ 契約社員 ⑥ その他() ※正規雇用とはフルタイム勤務かつ期間を定めない雇用形態(原則として月給形態とする)					
雇用主との親族関係	雇用主と三親等以内の親族関係 無・有 (保護者との続柄) →親族関係がある場合、源泉徴収票など雇用関係の分かる証明をご提出ください。					
勤務状況 (時短勤務については別途「産休・育休等」の欄に記載をしてください。)	固定勤務	勤務日と曜日	週 日 で (月・火・水・木・金・土・日) 勤務			
		平日	時 分から	時 分までの実働	時間	分
		土曜日	時 分から	時 分までの実働	時間	分
	シフト制	勤務日と曜日	週平均 日 で (月・火・水・木・金・土・日) 勤務の可能性あり			
一週あたり		時間 分勤務	一か月あたり	時間 分勤務		
一回の勤務		午前・後 時 分~午前・後 時 分の間で		時間	分勤務	
産休・育休等 (時短によらない本来の勤務時間を「勤務状況」欄に記載してください。)	産前産後休暇	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	育児休業	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	復職予定日	平成 年 月 日 (確定・予定)				
	時短制度による勤務時間	時 分から	時 分まで	実働	時間 分	
その他特記事項						
従業員の { <input type="checkbox"/> 勤務状況 } について、上記のとおり相違ないことを証明します。 { <input type="checkbox"/> 内定状況 } 記入日: 年 月 日 勤務先所在地 勤務先の名称 代表者の氏名 印						

※雇用契約があり、最低賃金が生じている場合に限る

【事業主のかたへ】

- 「勤務状況」等に該当する項目がない場合や補足事項がある場合、「その他特記事項」に現在の状況についてご記入ください。
- 派遣社員の場合、派遣先、派遣元のいずれか、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。
- 支社勤務の場合、証明(代表)者は支社の責任者、本社の代表者のどちらでも問題ありません。
- 証明内容について、箕面市幼児教育保育室の職員が事業主のかたに、電話または訪問により確認させていただく場合があります。

2 自営の場合 ※本人または、親族等が事業をしている場合

- 必ず確定申告書など収支が分かる書類のコピーを提出してください。
- 屋号等営業主名について実際の経営でお使いのゴム印を使用してください。

従事者の氏名		児童との続柄	父・母・その他()
勤務先の名称		電 話	
勤務先の所在地			
勤務内容			
事業主との続柄	本人・配偶者・子・その他()	従事開始日	年 月 日
従事日数と曜日	週 日 で (月・火・水・木・金・土・日) 勤務		
従事時間	平日	時 分から 時 分まで	実働 時間 分
	土曜日	時 分から 時 分まで	実働 時間 分
収入申告の状況	確定申告・源泉徴収・その他()	雇用人数	従事者の職種
添付書類	(開業届出書・営業許可証・確定申告書) のコピー・その他()		
上記のとおり申告します。 記入日： 年 月 日 屋号等 営業主名 印 (社印のない場合は営業主印で構いませんので、必ず押印してください。)			

3 傷病・出産・介護(看護)の場合 ※全て医師が記入してください

- 保育施設での保育が必要な理由と期間について必ず具体的にお書きください。病名のみの場合受理できません。
- 証明いただいた内容について関係機関に電話または訪問により確認させていただく場合があります。

傷病(出産)者氏名		児童との続柄	父・母・その他()
傷病等の名称	① () ② 出産		
期 間 (出産予定日)	① (年 月 日 ~ 年 月 日) ② 年 月 日出産予定		
保育が困難な理由または介護が必要な理由 (医師の意見)			
①疾病 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 常時臥床・絶対安静 <input type="checkbox"/> 安静 (子どもの保育ができない) <input type="checkbox"/> 療養 (子どもの保育に支障がある) 介護 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 左記以外 <input type="checkbox"/> 介護の内容： <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> その他 ②通院の頻度・回数 () <input type="checkbox"/> 投薬の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③現在の症状や状況などを詳細にご記入ください。			
上記のとおり証明します。 記入日： 年 月 日 医療機関名 所在地 医師の氏名 印			

4 内職の場合

- 実績が確認できる伝票などを添付してください。

受注者の氏名		児童との続柄	父・母・その他()
内 職 の 内 容		契約期間	
発注先の証明欄：上記のとおり証明します。 年 月 日 発注者所在地 会社名 代表者の氏名 印			
平均従事日数	週 日	従事開始日	年 月 日
平均従事時間	時 分から 時 分まで 時間 分		
上記のとおり申告します。 記入日： 年 月 日 従事する者の氏名 印			