

①～④就労・就学等証明書

【表面】

記入見本 就労・就学等証明書 (令和4年度用) 証明様式①

申請者氏名 保南 太郎

住所 北区 1-3-20-xx

生年月日 令和3年4月1日

学歴 小学校 3年6月5日

職業 学生

収入 180,000円

学費 202,000円

証明年月日 令和3年10月1日

名称・代表者 保南 太郎

住所 北区 1-3-20-xx

電話 06-0000-xxxx

※以下、事業所等記入欄(保護者が記入した場合は有効となります。)(自署または自署です。)

事業所等記入欄(保護者が記入した場合は有効となります。)(自署または自署です。)

事業所名 株式会社 本人住所 大東市北区中之島1-3-20-xx

勤務先住所 大東市中央区1-2-3

勤務形態 正社員

勤務時間 9時00分～17時30分

1日あたり(休憩含む) 12時間(00)分

うち休憩 1時間(00)分

収入(税込) 1,320,000円

学費(税込) 202,000円

収入(税込) 1,880,000円

学費(税込) 214,000円

証明年月日 令和3年10月1日

名称・代表者 保南 太郎

住所 北区 1-3-20-xx

電話 06-0000-xxxx

父母ともに
①～⑦いずれかの
証明が必要です。

①A欄

③B欄

【裏面】

②C欄

事業所等記入欄(保護者が記入した場合は有効となります。)(自署または自署です。)

事業所名 株式会社 本人住所 北区 1-3-20-xx

勤務先住所 大東市中央区1-2-3

勤務形態 正社員

勤務時間 9時00分～17時30分

1日あたり(休憩含む) 12時間(00)分

うち休憩 1時間(00)分

収入(税込) 1,320,000円

学費(税込) 202,000円

収入(税込) 1,880,000円

学費(税込) 214,000円

証明年月日 令和3年10月1日

名称・代表者 保南 太郎

住所 北区 1-3-20-xx

電話 06-0000-xxxx

④D欄

求職活動の状況について、次のとおり申告します。

1. 求職活動の状況(複数選択可)

採用面接を受けた。(面接を受けたことがわかる書類を添付してください。)

ハローワークに通っている。(雇用保険受給資格者証(写)、ハローワークカード(写)を添付してください。)

自宅で仕事を探している。(求職方法を記入してください。)

2. 求職活動の内容

月日	求職活動の内容	結果または状況
4月15日	〇〇株式会社	ハローワークの求人票を見て面接を行ったが不採用になった。
9月15日	〇〇株式会社	雑誌の求人情報を見て面接を行ったが不採用になった。

記入年月日 令和2年10月1日 氏名(自署) 保南 花子

※R4年度参考

⑥介護・看護状況申告書【表面】

介護・看護状況申告書 証明様式②

(あて先) 保健福祉センター所長

施設名	
児童氏名	
児童番号	1 2 3
同一世帯の 利用児童 児童番号	1 2 3
児童番号	1 2 3
児童番号	1 2 3

保護者記入欄
 児童氏名 (平成・令和) 年 月 日生 施設・事業名
 保護者氏名 続柄:児童の()

※ 介護・看護者記入欄 (介護・看護を受ける方については、疾病・障がい状況申告書を提出してください。)

介護・看護を受ける方	年齢()歳
続柄	児童の(父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母)
介護・看護を受ける方の住所	
介護・看護状況	入院・通院(通所) (月・週) 日程度 ・ 在宅
病名	
症状 (保育が困難な理由もあわせて記入してください)	身体障がい者手帳 級、精神障がい者保健福祉手帳 級、療育手帳 A・B1・B2 要介護認定: 要介護()、要支援 介護サービス利用: 無・有
介護・看護状況	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・通院(通所)同行・その他
そのほか具体的な介護・看護内容	

※ 介護・看護の状況について記入してください(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
～ 8:00							朝食介助
8:00～							病院通院介助
9:00～							
10:00～							昼食介助
11:00～							
12:00～							
13:00～							
14:00～							
15:00～							
16:00～							入浴介助
17:00～							夕食介助
18:00～							
19:00～							

父母ともに
①～⑦いずれかの
の
証明が必要です。



⑦⑧疾病・障がい状況申告書【裏面】



疾病・障がい状況申告書 証明様式②

(あて先) 保健福祉センター所長

施設名	
児童氏名	
児童番号	1 2 3
同一世帯の 利用児童 児童番号	1 2 3
児童番号	1 2 3
児童番号	1 2 3

保護者記入欄
 児童氏名 (平成・令和) 年 月 日生 施設・事業名
 保護者氏名 続柄:児童の()

【疾病】※ 医療機関記入欄(診断書が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

氏名	
受診状況	通院(月・週) 日程度・その他() 入院(期間など): ()
病名	
症状	
療養状況及び 児童を保育する上での 困難に関する意見 (該当するものにチェック を入れてください)	<input type="checkbox"/> 自分自身が自分でできない <input type="checkbox"/> 自分自身が出来る程度自分でできる <input type="checkbox"/> 自分自身が自分でできる 児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	年 月 日から 年 月 日まで

この診断により申込児童が保育要件の点数を何点と判断されたかについて、本人の同意がある場合に限り情報提供させていただきます。次のいずれかにチェックをしてください。
 保育要件の点数にかかる情報提供を 希望する 希望しない

令和 年 月 日 医療機関名 _____
 住 所 _____
 医 師 名 _____ 印 _____

【疾病】※ 本人記入欄

児童の保育(該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支援がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支援はない
上記の理由(詳しく記入してください)	

医師(主治医)より、保育要件の点数に関する情報提供の希望があった場合、今後の保育要件の判定等に資することを目的としてこれを医師に提供することに同意します。(同意する場合はのみ署名してください。)

令和 年 月 日 保護者氏名 _____

【障がい】※ 本人記入欄(必ず手帳のコピーをつけてください。)

氏名	
手帳の種類等	身体障がい者手帳 級、精神障がい者保健福祉手帳 級、療育手帳 A・B1・B2
保育が困難な理由(詳しく記入してください)	

※R4年度参考