

園名		受付番号	—	児童名	
----	--	------	---	-----	--

## 状況証明(申出)書

は該当するところにチェックしてください。

就労者氏名	児童との続柄：父・母・祖父・祖母・その他						
就労先名称							
就労場所等	住所：		電話番号：				
就労形態等	居宅外労働	<input type="checkbox"/> 外勤(正規)		<input type="checkbox"/> 外勤(パート、アルバイト)		<input type="checkbox"/> 外勤(その他)	
		<input type="checkbox"/> 自営(中心者)		<input type="checkbox"/> 自営(協力者)		〔業種：〕	
		① <input type="checkbox"/> 農業(中心者)		<input type="checkbox"/> 農業(協力者)		※ 農業が世帯の主たる収入の場合、農業所得を申告した確定申告書(または市申告書)を添付してください。	
	② <input type="checkbox"/> 専業		<input type="checkbox"/> 兼業 (①②両方にチェック)		農業従事者数：_____人 耕作面積 田：_____アール 畑：_____アール		
居宅内労働 (隣接含む)	<input type="checkbox"/> 自営(中心者)		<input type="checkbox"/> 自営(協力者)		〔業種：〕		
	<input type="checkbox"/> 内職						
仕事の内容							
就労開始年月日	令和_____年_____月_____日(就労開始が令和3年1月以降の場合のみ記入)						
就労状況	【1日の就労状況】： 時_____分 ~ 時_____分 ※ 残業時間は含みません。						
	① 実働時間：		時間_____分				
	② 休憩時間：		時間_____分		【①+②の合計：4時間以上必要】		
	【1か月の就労状況】		【就労日数：15日以上必要】				
③ 就労日数：		日_____日		※ 計算方法：就労時間④ = ① × ③			
④ 就労時間：		時間 → 120時間以上の場合は、「保育標準時間」が利用可能。					
休日	曜日・不定期						
産前産後休暇 取得中(予定)の方	令和_____年_____月_____日		~ 令和_____年_____月_____日				
育児休業 取得中(予定)の方	令和_____年_____月_____日		~ 令和_____年_____月_____日				
月平均収入	円 ※ 外勤(パート、アルバイト)(その他)、内職のみ記入						
備考	※ 就労状況について、上記の区分では記入が難しい場合や、その他特記事項があれば、こちらに具体的に記入してください。						

◎就労先の健康保険証(市町村国民健康保険証を除く)の写しを添付される場合、就労先証明欄の記入を省略できます。ただし、産前産後休暇、育児休業からの復帰による入園は、就労先証明欄の記入が必要です。

### 【就労先証明欄】

上記のとおり就労(内定)していることを証明します。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

所在地  
事業所名  
職・氏名  
電話番号

・証明(申出)内容を確認させていただくことがありますので、ご了承ください。  
・証明(申出)内容に不正が認められた場合、入園を取り消すことがあります。

働いていない場合

園名		受付番号	—	児童名	
氏名	児童との続柄：父・母・祖父・祖母・その他				

## 状況証明(申出)書

は該当するところにチェックしてください。

出 産	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日 令和 年 月 日 ※ 産前6週間前から産後8週間後の入園になります。
障 が い	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )
療 養	<input type="checkbox"/> 入院または常に寝ている必要がある <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 必ず医師の診断書が必要です。
親族の介護等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級、要介護4・5程度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級、療育手帳B、精神障害者保健福祉手帳2級、要介護3程度 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 〔介護(看護)が必要な方の氏名： 続柄： 同居・別居〕
災害復旧	<input type="checkbox"/> 被害状況：
就 学	<input type="checkbox"/> 就学先： 期 間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
求職活動	<input type="checkbox"/> 入園3か月目の20日までに、就労を証明する書類を提出しない場合、 退園となることを承諾します。〔署名欄： 〕 〔求職活動状況： 〕

◎ 障がい(身体障害者手帳1・2・3級、療育手帳A・B、精神障害者保健福祉手帳1・2級を除く)、療養、親族の介護等(要介護以上の認定を受けている場合を除く)の方は、下記の診断書が必要です。

診 断 書			
患 者 氏 名		生年月日	
病 名			
加療見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
加療の方法	1. 入院 2. 自宅療養で常に寝ていること 3. その他 ( )		
児童保育の可否	1. 保育困難 2. やや保育困難 3. 保育に支障なし		
親族の介護・看護	1. 必要とする 2. 必要としない		
親族の介護・看護を必要とする場合の程度	1. 身の回りのことを、ほとんどできない 2. 身の回りのことを、自分ひとりできない 3. 身の回りのことで、何らかの介助を必要とする		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 医師氏名			

㊞