

子育てのための施設等利用給付認定用  
**保育を必要とする事由証明書**

**令和 4 年度用**

※□欄は該当する箇所にチェック☑してください。

児童の氏名	□		□		□			
生年月日		年	月	日生		年	月	日生

**1. 勤務証明書 ※必ず全て事業者が記入押印してください。**

勤務先の名称				電話番号			
勤務先の所在地				職 種			
勤務する者の氏名				児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )		
雇 用 期 間		年 月 日 ~		年 月 日		(更新の場合: ヶ月ごと)	
雇 用 形 態		<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> その他( )					
勤務日数 勤務時間	定 時	週 日	平 日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
			土曜日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
	変則勤務	週 日	変則勤	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
給与形態		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 歩合給 ( 円 )					
仕事の内容							

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

勤務先所在地

勤務先の名称

代表者の氏名

印

※支社等勤務の場合の証明者は支社の責任者、本社の代表者どちらでも結構です。

**※事業主の方へのお願い (問合せ先:豊能町教育委員会子ども未来部こども育成課 TEL 072-739-3432)**

○この書類は、子育てのための施設等利用給付に係る認定基準に該当するかどうかを確認するための書類です。

○漏れなくご記入の上、必ず押印してください。(修正のある場合は必ず訂正印をお願いします。)

○上記の証明内容について、問い合わせをさせていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

**2. 自営業申立書 ※本人または親族等が事業をしている場合**

店舗等の名称				電話番号			
店舗等所在地				業 種			
①	従事者の氏名				児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )	
	勤務日数 勤務時間	週 日	平 日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
			土曜日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
②	従事者の氏名				児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )	
	勤務日数 勤務時間	週 日	平 日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	
			土曜日	時 分 ~	時 分	(休憩時間含み 時間 分)	

上記のとおり相違ないことを申告します。

年 月 日

事業主の氏名

印

※社印がない場合は、事業主印で結構です。

### 3. 内職証明書

内職する者の氏名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )
契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	業種	
従事日数 従事時間	週 日	平日	時 分 ~ 時 分 (休憩時間含み 時間 分)
		土曜日	時 分 ~ 時 分 (休憩時間含み 時間 分)
平均工賃	1日あたり約 ( 円 )	1ヶ月あたり約 ( 円 )	

(従事者の申告欄) 上記のとおり相違ないことを申告します。  
年 月 日 従事者の氏名 印

(発注者の証明欄) 上記のとおり相違ないことを証明します。  
年 月 日 所在地・電話番号  
発注者の氏名 印

### 4. 傷病・出産・看護等の証明書

傷病・出産者の氏名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )
傷病等の名称	<input type="checkbox"/> 傷病名 ( ) <input type="checkbox"/> 出産 (予定日: 年 月 日)		
通院・入院の期間	<input type="checkbox"/> 通院 月 回 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日		
看護が必要または 保育が困難な理由	(医師の所見)		

上記のとおり相違ないことを証明します。  
年 月 日 医療機関所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名 印

### 5. 就学証明書

学校の名称		電話番号	
所在地			
就学者の氏名		児童との続柄	父 ・ 母 ・ ( )
就学期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
就学日数 就学時間	週 日	平日	時 分 ~ 時 分 (休憩時間含み 時間 分)
		土曜日	時 分 ~ 時 分 (休憩時間含み 時間 分)

上記のとおり相違ないことを証明します。  
年 月 日 学校所在地  
学校の名称  
学校長の氏名 印

### 6. 就労等誓約書(求職中・就労時間不足の場合)

豊能町教育委員会教育長 様  
年 月 日 住所  
氏名 印

私は、現在【 求職中 ・ 就労時間不足 】ですが、施設等利用給付認定後90日を経過する日の月末までに就労要件を満たす労働に就き、勤務証明書を提出することを誓約します。なお、期間内に就労要件を満たすことができず、勤務証明書を提出できない場合は、当該認定を取り消されても異議を申し立ていたしません。