

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 6 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		□正規雇用 □パート・アルバイト □派遣社員 □契約社員 □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		□月給 □日給 □時給 □歩合給 (円)					
仕事の内容							
育児休業取得中の方	育児休業取得期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
	復 職 予 定 日		年 月 日				
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:豊能町教育委員会こ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		☐ 傷病名 () ☐ 出産 (予定日: 年 月 日							
通院・入院の期間		☐ 通院 月 回		☐ 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。									