

就労状況等証明(申立)書

保育園名	児童名	児童の生年月日
保育園		年 月 日
児童から見た 就労者との続柄		年 月 日
		年 月 日

① 働いている場合 (育休取得中含む)

※ (1) 就労形態と (2) 就労内容を記入してください。

・下記の証明欄に証明を受けてください。(営業所長、所属長、中心者、協力者でも可)

(1)

就労者氏名			
就 労 形 態	A 外 勤		
	<input type="checkbox"/> 常 勤	・事業所名 _____	
	<input type="checkbox"/> パート		
	<input type="checkbox"/> アルバイト	・所在地 _____	電話 _____
	B 自 営		
	<input type="checkbox"/> 中心者	・屋 号 _____	業種 _____
	<input type="checkbox"/> 協力者	・所在地 _____	電話 _____
	C 農 業		
	<input type="checkbox"/> 中心者	・耕作面積 田 _____ a 畑 _____ a	
	<input type="checkbox"/> 協力者	・耕作物 _____	
	D 内 職		
		・事業所名 _____	
		・所在地 _____	電話 _____

(2)

就 労 内 容	1日の就労時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分 (時間 分)		
	1か月の就労日数	約 _____ 日	休日 _____ 曜日、土曜日週休(毎週・隔週・なし)	
	仕事の内容	_____		
	就労(復職)年月日	令和 _____ 年 _____ 月頃	月平均収入	_____ 円
	育休取得期間	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	~	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証 明 欄

上記のとおり証明します。

年 月 日

北方町長 様

所在地

事業所名

職・氏名

電 話

㊞

② 働いていない場合

※E～I 該当する箇所を記入して証明を受けてください。

保護者氏名	
E 出 産	出産日（予定日も含む） _____ 年 _____ 月 _____ 日
F 疾 病 等	身障手帳 _____ 級 <u>その他の状況</u> _____ 入院・通院 _____ 年 _____ 月 _____ 日より見込み _____ か月
G 看 護	<input type="checkbox"/> 入 院 付添時間 週 _____ 回 _____ 日 _____ 時間 <input type="checkbox"/> 在 宅 患者氏名 _____ 児童との続柄 _____
H 求 職	求職が理由の場合、認定の期間は2ヶ月です
I 就 学	入 学 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 卒業予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証 明 欄

※Eの方は母子手帳の写し（表紙と出産予定日が分かるページ）を貼付してください。

Fの方で障がいをお持ちの方は身障手帳の写しを貼付してください。

Fの方で病気の方及びGの方は下記に医師の証明を受けてください。（別様式の診断書でも可）

Hの方は求職受付票等の写しを貼付してください。

Iの方は、在学証明及び時間割の提出が必要です。

貼 付 場 所

診 断 書

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

病 名 _____ 加療見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆加療の方法 ・投薬のみ ・通 院 ・往 診 ・入 院 ・その他（ _____ ）

◆傷病の程度 ・絶対安静 ・常時看護人必要 ・乳幼児保育不可能

・乳幼児保育可能 ・その他（ _____ ）

上記のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

所在地

医師氏名

印