

（表）

学童保育利用（延長利用）資格証明書

申請学童保育室名 _____ 小学童保育室 _____ 年
児童名 _____

【記入に当たっての注意事項】

- この書類は、学童保育の入所要件に該当するかどうかを確認するための書類です。
表面及び裏面の1から4のうち、当てはまる箇所に記入してください。
- 鉛筆、消えるボールペン（フリクションボールペン等）等で記入されたものは無効となります。
- 記入漏れのないよう、必要な事項について全て記入してください。
なお、証明年月日の記入がない場合は、受理できません。
- 記入内容に変更が生じた場合は、速やかに再提出してください。

1 会社、官公庁等に雇用されている場合 ※全て事業者が記入してください。

勤務する者の氏名				児童との続柄	父・母・その他（ ）		
勤務先の名称				電話			
勤務先の所在地				部署・職種			
採用年月日		年 月 日 （採用 ・ 内定）					
有期雇用の場合		年 月 日～ 年 月 日		更新	有（ か月ごと）・無		
雇用形態		①正規雇用 ②非正規雇用 ③アルバイト ④パート ⑤派遣社員 ⑥契約社員					
通勤時間（片道）		約 時間 分					
勤務状況	固定勤務	勤務日	週 日	月・火・水・木・金・土・日			
		勤務時間	時 分から 時 分まで：実働 時間 分				
	シフト制	勤務日	週平均 日	月・火・水・木・金・土・日（勤務の可能性のある日）			
		一週当たり	時間 分勤務	一か月当たり	時間 分勤務		
		一回の勤務	午前・後 時 分～午前・後 時 分の間で 時間 分勤務				
産休・育休等	産前産後休暇		年 月 日 ～ 年 月 日				
	育児休業		年 月 日 ～ 年 月 日				
	復職予定日		年 月 日 （確定 ・ 予定）				
	時短制度による勤務時間		時 分から 時 分まで：実働 時間 分				
その他特記事項							
<div>従業員 <input type="checkbox"/> 勤務状況 又は <input type="checkbox"/> 内定状況 について、上記のとおり相違ないことを証明します。</div> <div>年 月 日 勤務先所在地 勤務先の名称 代表者の氏名</div> <div>※支社勤務の場合は、支社の所在地、名称及び責任者の氏名の記入をもってこれに代えることができます。 ※内定の場合は、勤務を開始した後に再提出してください。</div>							

【事業主の方へ】

- 派遣社員の場合は、派遣先又は派遣元のいずれか就労状況の詳細が証明できる事業所で発行してください。
- 証明内容について、教育委員会の職員が電話又は訪問により確認させていただく場合がありますので、ご了承ください。

(裏)

2 個人で事業をしている場合

従事者の氏名				児童との続柄	父・母・その他()
勤務先の名称				電 話	
勤務先の所在地				業 種	
事業主との続柄	本人・配偶者			従事開始日	年 月 日
雇 用 人 数				通勤時間(片道)	
従 事 日 数	従事日	週 日	月・火・水・木・金・土・日		
従 事 時 間	平 日	時 分から 時 分まで		実働	時間 分
	土曜日	時 分から 時 分まで		実働	時間 分
上記のとおり申告します。 年 月 日 屋号等 営業主名					

3 傷病・介護(看護)の場合 ※全て医師が記入してください

傷病・要介護(要看護)者氏名		児童との続柄	父・母・その他()
介護(看護)者氏名		児童との続柄	父・母・その他()
傷 病 等 の 名 称			
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
保育が困難な理由又は介護(看護)が必要な理由(医師の意見)			
◆状態： <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 常時臥床・絶対安静 <input type="checkbox"/> 安静(子どもの保育ができない。) <input type="checkbox"/> 療養(子どもの保育に支障がある。)			
◆介護(看護)の場合： <input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 左記以外			
◆介護(看護)の内容： <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> その他			
◆その他特記事項			
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師の氏名			

●学童保育が必要な理由と期間について、具体的に記入してください。病名のみの記入の場合、受理できません。

4 内職の場合

受注者の氏名				児童との続柄	父・母・その他()
内 職 の 内 容				契 約 期 間	
発注先の証明欄：上記のとおり証明します。 年 月 日 発注者所在地 会社名 代表者の氏名					
平均従事日数	週 日	平均従事時間	時 分から 時 分まで 時間 分		
上記のとおり申告します。 年 月 日 従事する者の氏名					

5 その他

(理由)	
上記のとおり申告します。 年 月 日 保護者氏名	