

（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 _____

【記入にあたっての注意点】

- 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。
下記及び裏面の1から4のうち、あ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。
- 必要事項の記入漏れのないようご注意ください。証明印、証明年月日の無い場合は、受理できません。
- 修正のある場合は、証明印と同一の訂正印を押印してください。修正液、修正テープ等で修正された証明書は無効となります。
- 内定の証明の場合は、勤務開始後に再度提出してください。記載内容に変更が生じた場合も再度提出してください。

1 会社や官公庁などに雇用されている場合（必ず全て事業者が記入押印してください。）

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（ヶ月ごと）・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 ※ 正規雇用とはフルタイム勤務かつ期間を定めない雇用形態（原則として月給形態とする）		
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）
		一週あたり	時間 分勤務 一ヶ月あたり 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			
従業員の <input type="checkbox"/> 勤務状況、 <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。 年 月 日 勤務先所在地 勤務先の名称 代表者の氏名 印			

【事業者のかたへ】

- 派遣社員の場合は、派遣先、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。
- 支社勤務の場合は、証明（代表）者は支社の責任者、本社の代表者のどちらでも結構です。
- 証明内容について、教育委員会の職員が事業者のかたに電話また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 自営の場合 ※本人または、親族等が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・子・その他()			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	印		
(社印のない場合は営業主印で構いませんので、必ず押印してください)							

●屋号等営業主名について、実際の経営でお使いのゴム印を使用してください。

3 傷病・出産・介護(看護)の場合 ※全て医師が記入してください

傷病(出産)者氏名				児童との続柄	父・母・その他()		
傷病等の名称	①()			② 出産			
期間(出産予定日)	①(~)			② 年 月 日出産予定			
保育が困難な理由または介護が必要な理由(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)							
◆介護の場合： <input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 左記以外 ◆介護の内容： <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	印		

●保育が必要な理由と期間について必ず具体的にお書きください。病名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	印		
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	印		

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 印							