

# 勤務実績報告書【令和5年度(2023年度)保育施設手続き用】

児童氏名 ( 年 月 日生)	利用施設(新規入園申請の場合記入不要) ( 園・所)
-------------------	-------------------------------

**【提出方法】**

○直近2か月の勤務実績について、①②のいずれかで提出してください。

①本紙で勤務先等に証明を受けて提出する。

※勤務日数について、勤務証明書で証明されている日数を満たしていない場合は、事業者が勤務実績報告書の「その他特記事項」欄に理由をご記入ください。

②給与明細のコピーを提出する。

※保護者氏名・支給月が明記されたものを提出してください。

給与明細のコピーを提出する場合は、本紙は提出不要ですが、児童氏名・生年月日がわかるように提出してください。

○不備等がある場合は、追加で勤務実績報告書の提出を依頼する場合があります。

**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。)**

勤務者の氏名			
給与体系	<input type="checkbox"/> 月給制( )円/月 <input type="checkbox"/> 日給制( )円/日 <small>↑基本給をご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> 時給制( )円/時間 <input type="checkbox"/> 歩合給制(概要 ) <input type="checkbox"/> その他( ) <small>↑年俸制など、上記に当てはまる事項がない場合ご記入ください。</small> <small>※育児休業中の場合、産前産後休暇取得前の2か月の実績を①・②に記入してください。</small> <small>※通勤手当は含みません。その他の手当につきましては、全て含めて記載してください。</small>		
直近2か月勤務実績 (今後就労予定の場合は③のみ記入)	① 年 月実績 月 日 ~ 月 日	② 年 月実績 月 日 ~ 月 日	③ 年 月予定 月 日 ~ 月 日
勤務日数 (有休を含む)	日	日	日
時間外手当含む総支給額 (通勤手当のみ除く)	円	円	円
その他特記事項			
従業員の { <input type="checkbox"/> 勤務実績 } について、上記のとおり相違ないことを証明します。 <input type="checkbox"/> 勤務予定			
記入日: 令和 年 月 日 勤務先所在地 勤務先電話番号 勤務先の名称 代表者の氏名			
			社印

**2 自営の場合 ※本人または、親族等が事業をしている場合(雇用関係にある場合は、1に記載してください。)**

従事者の氏名			
直近2か月従事実績 (今後従事予定の場合は③のみ記入)	① 年 月実績 月 日 ~ 月 日	② 年 月実績 月 日 ~ 月 日	③ 年 月予定 月 日 ~ 月 日
従事日数	日	日	日
総支給額(必要経費 等を除く前の額)	円	円	円
上記のとおり申告します。 記入日: 令和 年 月 日 屋号等 事業主名 (社印のない場合は事業主印で構いませんので、必ず押印してください)			
			印

**3 内職の場合(太枠内は本人記入欄)**

受注者の氏名	平均工賃	一日あたり約 円
従事時間	時 分から 時 分まで	時間 分
従事日数	日	日
直近2か月従事実績 (今後従事予定の場合は③のみ記入)	① 年 月実績 月 日 ~ 月 日	② 年 月実績 月 日 ~ 月 日
総支給額	円	円
③ 年 月予定 月 日 ~ 月 日		
発注先の証明欄: 上記のとおり証明します。 記入日: 令和 年 月 日 発注者所在地 発注者電話番号 会社名 代表者の氏名		
		印

# 診断書【令和5年度(2023年度)保育施設手続き用】

児童氏名	利用施設(新規入園申請の場合記入不要)
( 年 月 日生)	( 園・所)

## 【注意点】

- 記載内容について入園中の保育施設に情報提供する場合があります。
- 保育施設での保育が必要な理由と期間について必ず具体的に医師から証明を受けてください。※病名のみの場合、受理できません。
- 証明期間により、診断書の再提出が必要となります。

## 【医療機関のかたへ】

- 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。
- 太枠の部分のみ医師が記入してください。**
- 必要事項の記入漏れのないようにご注意ください。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。
- 証明いただいた内容について医療機関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。

## 1 疾病・出産の場合

疾病(出産)者氏名	児童との続柄	父・母・その他( )
傷病等の名称 ※出産の場合は記入不要		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
保育が困難な理由(医師の意見)		
※下記①~⑥にチェック・記入ください。状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。		
出産	① <input type="checkbox"/> 出産( 年 月 日出産予定)	
傷病	入院	② <input type="checkbox"/> 入院(期間: 年 月 日から 年 月 日まで)
	居宅療養	③ <input type="checkbox"/> 常時臥床・絶対安静(安全、危険を配慮するもの)
		④ <input type="checkbox"/> 安静(子どもの保育ができない) 子どもの送迎: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難( )が送迎
⑤ <input type="checkbox"/> 療養(子どもの保育に支障がある)		
心身障害	⑥ <input type="checkbox"/> 日常生活に介助が必要(備考欄に詳細を記入または詳細が分かる診断書等を添付してください。)	
【備考欄】現在の症状や状況などを詳細にご記入ください。 ( )		
上記のとおり証明します。 記入日: 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師の氏名		
印		

## 2 介護(看護)の場合

介護(看護)をする者 (保護者)の氏名	児童との続柄	父・母・その他( )
受診者の児童との続柄 (介護を受ける者)	要介護度	父・母・祖父・祖母 その他( )
受診者 (介護を受ける者)		
傷病等の名称		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
介護が必要な理由(医師の意見)		
※下記①または②にチェック・記入ください。。状態が変わる場合はその都度新たな証明書を作成してください。		
① <input type="checkbox"/> 重度で常時介護が必要(日常生活での動作及び行動が著しく困難な状態。)		
② <input type="checkbox"/> 重度ではないが介護が必要⇒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		
【備考欄】上記②の介護内容が「その他」にあてはまる場合は詳細を記入ください。 ( )		
上記のとおり証明します。 記入日: 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師の氏名		
印		