

幼稚園名	幼稚園
------	-----

R . . : 確認

児童名			
-----	--	--	--

家族の状況証明書

父親・母親・祖父・祖母・その他（——）—いずれかを○で囲んで下さい。	氏名
------------------------------------	----

① 働いている場合

- ※（１）就労形態と（２）就労内容を記入してください。
 ・下記のとおり証明をお願いします。
 <A>外 勤・・・事業所（営業所、所属長でも可）
 自営業・・・自営主
 <C>農 業・・・中心者等
 <D>内 職・・・委託事業者

（ １ ）

就 労 形 態	<A> 外 勤	・事業所名	
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト	・所在地	☎
	 自 営 業	・屋 号	・業種
	<input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者	・所在地	☎
<C> 農 業	・耕作面積	田 約 a 畑 約 a	
<input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者	・耕作物	()	
<D> 内 職	・事業所名		
	・所在地		☎

（ 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 往復通勤時間 約 分
	仕事の内容	_____	
	就労開始(予定)年月日 または復職予定日	昭和・平成・令和 年 月 頃	月平均収入(パート・アルバイト・内職の方のみ記入) 円

※育児休業の方は、裏面の<J>欄を記入してください。

証 明 欄

上記のとおり就労（復職予定）していることを証明します。

令和 年 月 日 証明者 所在地
 事業所氏名
 職電 氏 話



② 働いていない場合

※<E>～<K>の該当する箇所を記入してください。

<E>	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (予定日も含む)	令和 年 月 日
<F>	<input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	_____ 級
その他状況 _____		
<G>	<input type="checkbox"/> 病 気 { <input type="checkbox"/> 入院 { 年 月 日より見込み { _____ ケ月 } } }	{ _____ 病名 } } } { _____ 病名 } } }
<H>	<input type="checkbox"/> 介護・看護 { <input type="checkbox"/> 入院 } } { _____ 付添時間 週 _____ 回 _____ 1日 _____ 時間 } } } { <input type="checkbox"/> 在宅 } } { _____ 被介護・看護者氏名 _____ 児童との続柄 } } }	
<I>	<input type="checkbox"/> 就 学	学校名 _____ 就学の目的 _____
<J>	<input type="checkbox"/> 育児休業	育児休業期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
<K>	<input type="checkbox"/> 求職中	活動の内容 _____

- [添付書類] <E> 妊娠・出産の方は母子手帳の写し。(表紙の部分及び出産予定日が分かるページ)
 <F> 障がいの方は手帳の写し。 <H> 介護の方は介護保険証の写し等。
 <I> 学校等へ通学している方は学生証等の写し。
 <J> 育児休業中の方は育児休業期間の終了日がわかる書類の写し。
 ※職場から書類が発行されない場合は、表面の証明欄を使用してください。
 <K> 求職中の方はハローワークカード、面接した証明等、求職活動のわかる書類。

貼 付 の り し ろ

[証明欄] <G> 病気の方、<H> 看護の方は下記に医師の証明を受けてください。(別紙診断書でも可)

診 断 書	
患者氏名 _____	生年月日 _____
住 所 _____	
加療見込期間	
病 名 _____	_____ 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。	
令和 年 月 日	住 所 _____
医 師	氏 名 _____ (印)