

記入例

幼稚園名 **かわせみ** 幼稚園

R . . : 確認

児童名 **関 萌音**

家族の状況証

入園（予定）をしている児童名を記入。複数名記入可能。

幼稚園名、児童名、親の名前はご自身で記入してください。

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 **関 孫六**

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働いている場合は、勤務先で(1)、(2)を記入してもらい、<証明欄>に勤務先の印鑑をもらってください。

(1)

就 労 形 態	<A> 外 勤	・事業所名 羽印カミソリ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト	・所在地 関市若草通3丁目2番地	☎ 0575-00-****
	 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 8時30分 ~ 午後 5時15分	(7時間 45分)
	1か月の就労日数	約 20 日	休日 土、日 曜日 往復通勤時間 約 10 分
	仕事の内容	刃物の製造	
	就労開始(予定)年月日 または復職予定日	昭和・平成・令和 28年 4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 **2年12月 1日**

証明者

所在地
事業所氏名
職電

関市若草通3丁目2番地
羽印カミソリ
代表取締役 **羽田 羽三**
0575-00-xxxx



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 { <input type="checkbox"/> 通院	年 月 日より見込み _____ ヶ月 年 月 日より見込み _____ ヶ月 病名 _____ 病名 _____
<H>	<input type="checkbox"/> 介護・看護 { <input type="checkbox"/> 入院 { <input type="checkbox"/> 在宅	付添時間 週 _____ 回 1日 _____ 時間 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)