

# 入室要件証明書（放課後児童室用）

## 記入例（勤務要件以外の場合）

受付番号 \_\_\_\_\_

### 保護者記入欄

保護者氏名	生年月日	児童との続柄	日中の連絡先（TEL）
八尾 花子	昭和 平成 ○年○月○日	母	080-XXXX-0000
児童氏名	生年月日	学年(入童希望年度/1現在)	児童室名(小学校名と同じ)
八尾 春子	平成 ○年○月○日	3 年生	○○  地区放課後児童室
八尾 二郎	平成 ○年○月○日	1 年生	
	平成 ○年○月○日	年生	

### ●疾病要件の方

以下の申告欄に記入し、障がい者手帳や診断書等のコピーを添付してください。

氏名	八尾 花子
受診状況	通院(月/週) 1日程度) ・ その他( ) 入院(期間等) 令和○年1月～6か月程度の見込み)
傷病名	○○○病
症状	○○○や○○○の症状あり
療養状況及び児童を保育する困難さに関する申し立て(該当する項目を○で囲んでください)	寝たきり等、全面的に介護が必要(常時安静)、介助必要 ・ 自宅療養、保育困難 児童を保育することが困難な事情を記入してください。 加療中で医師から安静の指示を受けている。 また、治療のため入院の予定。
上記のとおり、申し立てます。	氏名 八尾 ○○ 自署の場合は押印不要

### ●介護・看護要件の方

以下の申告欄に記入し、介護認定証、障がい者手帳や診断書等のコピーを添付してください。

介護・看護を受ける方の氏名	八尾 松子	児童との続柄	祖母
介護・看護を受ける方の住所	同居所) 別住所(住所: )		
介護・看護状況①	入院 ・ 在宅(通所(月/週) 日程度)(利用施設名: ○○ホーム)		
介護・看護状況②	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助) 排泄補助・通院(通所)同行・その他		
傷病名	○○○症		
症状及び児童を保育する困難さに関する申し立て(該当する項目を○で囲んでください)	身体障がい者手帳 級 ・ 精神障がい者保健福祉手帳 級 ・ 療育手帳A・B1・B2 要介護認定: 要介護 4) ・ 要支援 児童を保育することが困難な事情を記入してください。 常時介護が必要であり、 他に介護が出来る人もいない為		
上記のとおり、申し立てます。	氏名 八尾 ○○ 自署の場合は押印不要		

### ●就学の方 <学校等記入欄>

就学予定の方は記入し、就学時間が確認できるカリキュラム表(時間割)等のコピーを添付してください。

氏名	八尾 花子		
学校等名称	○○専門学校		
学校等種別	学校・(専修学校) 各種学校・職業訓練校・その他( )		
就学(予定)期間	平成・令和 ○○年 4月 1日から令和 ○○年 3月 31日		
主な履修科目	○○資格取得		
授業日数	5 日/週	通常の授業日	月・水・木・金 土・日・不定
授業時間	( 8 時 00 分から 15 時 30 分) ・ 不定 ※不定の場合は、就学時間が確認できるカリキュラム表(時間割)等のコピーを添付してください		
通学方法	(電車) ・ バス ・ 徒歩 (片道時間 40 分)		
上記のとおり(就学中)就学予定)であることを証明します。※いずれかを○で囲んでください。 令和 ○年 ○月 ○日			
学校名	○○学校		
住所	大阪市○○区○○1-1-1		
代表者	○○○○		
電話番号	06-0000-0000		

### ●求職活動中の方

以下の事項を確認のうえ申告欄に記入し、必要書類を添付してください。

①求職を理由とする入室は3ヶ月間(4月1日入室の場合は6月末まで)の期間限定入室となります。

②入室から2ヶ月経過時点までに勤務先を決定し勤務証明書の提出が必要となります。提出がない場合は入室期限の延長ができませんのでご注意ください。

求職活動状況について、次のとおり申告します。勤務開始後、所定の勤務証明書を提出します。また、上記「求職中を理由に入室申請されるにあたっての確認事項」①②について確認し異議ありません。	氏名 八尾 花子
※下記のいずれかに○をし、求職活動の状況を記入してください。	
1 ハローワークに通っている。 ➡ ハローワーク登録カードのコピーを提出してください。	
2 上記以外の方法での求職活動をしている。 ➡ 求職活動の事実を証明する書類を提出してください。※面接通知・不採用通知等	
3 現在未就労だが勤務開始日が決定している。 ➡ 勤務先名称: ○○株式会社 勤務開始予定日: 令和○年○月○日	

### ●出産される方・出産された方

以下の事項を確認のうえ申告欄に記入し、必要書類を添付してください。

出産を理由とする入室は産前8週(多胎妊娠は産前14週)・産後は8週の末日の翌日を含む月末までの期間限定入室となります。

出産日について、次のとおり申告します。	氏名 八尾 花子 ※自署の場合押印不要
<input checked="" type="radio"/> 単胎 ・ <input type="radio"/> 多胎 <input checked="" type="radio"/> 出産予定日 ・ <input type="radio"/> 出産日	<input type="text" value="令和 6 年"/> 月 <input type="text" value="●"/> 日 ※当てはまる方に○を付けてください。 ※母子手帳の出産予定日または出産日を記載してください。
➡ 母子手帳の①母の氏名(表紙)と②出産予定日または出産日の確認できるページの両方のコピーを提出してください。	