

# 入所理由証明書

父	母	同居の祖父・祖母 その他( )
---	---	--------------------

(あて先)八尾市長

(障がい・介護看護・疾病・妊娠出産・就学・求職中用)

○保護者の方の記入欄 (必須) ※教育保育給付認定と施設等利用給付認定の申請に必要な共通様式です。

保護者氏名	生年月日	日中の連絡先(TEL)	(就学の方のみ) 自宅から就学先の通学時間(児童の送迎含まず)		
	西暦 年 月 日		通学時間(片道)= 時間 分 (電車・バス・自転車・自動車・徒歩) ※複数選択可		
児童氏名	生年月日	□利用中 □転園 □申込中	児童氏名	生年月日	□利用中 □転園 □申込中
	西暦 年 月 日	施設名		西暦 年 月 日	施設名

※記入もれがありますと、書類不備となり、受付できません。必ずもれなくご記入ください。フリクションペンの使用はできません。

※訂正した場合は、二重線を引いてください。修正ペン・修正テープは、無効となります。

## ■妊娠・出産要件の方

(保護者記入欄) 当てはまるものに○及び☑をつけ、必要事項を記入してください。教育・保育給付認定期間は出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までです。

出産(予定)日	西暦 年 月 日 (出産予定の方は、母子手帳の①「母の氏名(表紙)」と②「分娩予定日」のページの両方のコピーを添付してください)
出産前の状況	1 就労している 西暦 年 月 日まで就労 (予定) 2 就労していない
出産後の状況	1 出産前の職場に復帰予定 (復帰予定日 西暦 年 月 日 ・ 入所次第 ) <input type="checkbox"/> 自営業の【中心者・協力者】で退職後復帰予定 <input type="checkbox"/> 【産休のみ・産休及び育休】取得後、復帰予定 <input type="checkbox"/> 一旦職場を退職したが、出産前と同じ職場で採用予定 } → ※復職時に復職証明書の提出が必要です。 } → ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。
	2 出産前の職場とは別の職場で採用予定 (就労予定日 西暦 年 月 日 ・ 入所次第 ) ※復帰時に就労(予定)先にて「就労証明書」に就労(予定)状況を証明いただき、ご提出ください。 3 出産後に求職活動をする予定 ※以下の欄に署名捺印してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     出産日から8週間が経過する日の翌日の月末までに求職活動中であることを証明する書類を提出します。                      署名 _____                 </div> ※産休終了時に「入所理由証明書」の「求職中の方」の欄を記入のうえ、必要書類を添付してご提出ください。 ※4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産日から8週間が経過する日の翌日の月末を過ぎると、自動的に入所申込みの取下げ(入所決定された場合は保育施設の退所)として処理されますのでご了承ください。
	4 出産後は就労・求職活動の予定はない 5 その他 [ _____ ]

## ■就学の方

(学校等記入欄) 下記の者は、次のとおり (就学 ・ 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)

氏名			
学校等種別	学校 ・ 専修学校 ・ 各種学校 ・ 職業訓練校		
学校等名称		学校等所在地	
就学(予定)期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
主な履修科目			
授業日数	日 / 週	通常の授業日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 不定
授業時間	① 一日あたり 時 分から 時 分 (うち休憩時間 分)		
	② 週あたり 時間 分 (休憩時間 一日 分)		
※授業時間が一定の場合は①を、不規則の場合は②を記入してください。			
証明年月日	西暦 年 月 日		学校印 又は 代表者印
名称	_____		
代表者名	_____		
所在地	_____		
	記入担当者名	電話	

(注意事項) この就学証明欄は、保育の教育・保育給付認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、学校等の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合、利用を取り消すことがあります。

## ■求職中の方

下記の申告欄にご記入のうえ、必要書類を添付してください。

求職中の支給認定期間は90日が経過する日の月末までです

求職活動状況について、次のとおり申告します。就労先が決まり次第、所定の証明書を提出します。		署名 _____
※右記のいずれかを○で囲み、提出書類の欄に☑をしてください。	求職内容	提出書類(必須) 該当する方にチェックをいれてください。 ※添付書類が無いと受付できません
	ハローワークを利用	<input type="checkbox"/> ハローワーク受付票のコピー
	上記以外の方法での求職活動	<input type="checkbox"/> 求職活動の事実を証明する書類(面接通知・不採用通知等)

(注意事項) ※ 事実確認のため、求職活動を行った会社等に確認する場合があります。  
 ※ 施設利用中の場合は、求職活動認定の延長はできませんのでご注意ください。  
 ※ 申込児で求職活動認定を延長される場合は、認定変更申請手続きが必要となります。

■障がい要件の方

〈本人記入欄〉必ず手帳のコピーをつけてください。

手帳の種類等 ☑と○を記入してください	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1・2・3・4 級	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1・2 級
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2	
保育が困難な理由 (詳しく記入してください)		

■介護・看護要件の方

〈介護・看護者記入欄〉 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて下記の「疾病の方」医療機関記入欄に証明いただきあわせてご提出ください。  
身体障がい者手帳1~4級・療育手帳(A・B1・B2) 精神障がい者保健福祉手帳1・2級のコピーがあれば証明に代えることができます。

介護・看護を受ける方							
続柄	児童の ( 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 )						
介護・看護を受ける方の住所	同住所 ・ 別住所(○をしてください) 別住所の場合→ 住所( )						
介護・看護状況	入院 ・ 通院(通所)【月・週 日程度】 ・ 在宅				利用施設名:		
病名							
症状 保育が困難な理由もあわせて記入してください	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( ) ・ 要支援 介護サービス利用: 無 ・ 有 理由						
介護・看護状況	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( )						
その他具体的な介護・看護内容							

介護・看護の状況について記入してください。この欄に記入が難しい場合は、スケジュールがわかる書類を別途添付していただいても構いません。

時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(記入例)
: ~ :							朝食介助
: ~ :							病院通院介助
: ~ :							昼食介助
: ~ :							入浴介助
: ~ :							夕食介助

■疾病要件の方

〈医療機関記入欄〉 申込者本人が記入した場合は無効となります。また、**介護・看護の対象**となる方についても、以下の医療機関記入欄に証明いただきご提出ください。

氏名							
受診状況	通院 ( 月 ・ 週 日程度 ) ・ その他 ( )						
	入院 (期間など: )						
病名							
症状							
療養状況及び児童を保育する上での困難に関する意見 (該当する項目を○で囲んでください)	寝たきり等、全的に介助が必要 ・ 常時安静、介助必要 ・ 自宅療養、保育困難 ・ 概ね保育可能						
	児童を保育する上での困難性に関するご意見を記入してください。						
治療見込み期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日						
証明年月日	西暦 年 月 日						医療機関印 または 担当医師印
	名 称 _____						
	所 在 地 _____						
	医 師 名 _____ 電話 _____						

〈注意事項〉この疾病証明欄は、保育の支給認定及び利用調整(選考)の際の資料となるため、医療機関の担当者が事実のとおりにご記入ください。  
必要に応じ、担当者にお問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、利用を取り消すことがあります。

■その他の方

※下記のいずれかの番号を○で囲み必要項目に記入してください。		提出書類
1	災害復旧中の方	り災証明書の写し
2	保育サポート利用の方	
3	その他	保育こども園課へご確認ください