

様式第1号（第7条第1項関係）

申請児童	氏名・生年月日		利用希望施設（※）		
	(フリガナ)		第1希望		希望理由
	(年 月 日生 歳)				
	障害者手帳・療育手帳の有無	性別	第2希望		希望理由
有・無	男・女	第3希望		希望理由	

※ 保育所等の利用を希望する場合は、実際に入所を希望する園名を第3希望まで記入してください。
 ※ 内定している幼稚園等を利用する場合は、第1希望に内定している園名を記入してください。
 ※ 年齢は平成31年4月1日現在のものとしてください。

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 児童台帳

令和 年 月 日

保護者氏名 ㊟

薩摩川内市長 様

上記の児童について、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

保護者の ・住所 ・氏名 ・連絡先	住所 薩摩川内市		(連絡先)		
	(フリガナ)		自宅TEL ()-()-()		
氏名①	(フリガナ)		携帯(父) ()-()-()		
	氏名②		携帯(母) ()-()-()		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。				
保育の希望の有無(※)	有	： 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する(幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無	： 幼稚園等の利用を希望する(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、認可保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
- ・「保護者氏名①・氏名②」には、父母の氏名を書いてください。
- ・「有」を○で囲んだ場合は、①～⑥に必要事項を、「無」を○で囲んだ場合は、①、②、④、⑤及び⑥に必要事項を記入してください。記入に当たっては「記入上の注意」をよく読み、字は楷書ではっきりと書いてください。

① 世帯の状況

区分	氏名 (上記保護者を含む) (上記申請児童を除く)	児童との続柄	生年月日	性別	職業 または 学校名等 (H31.4.1現在)	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	要介護認定 または障害者手帳 療育手帳
児童の世帯員	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (平成 年 月 日保護開始)					
平成30年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村()					
平成31年1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内 <input type="checkbox"/> 他の市町村()					

(表面)

② 利用を希望する期間

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
-----------	-----------------------

③ 保育の利用を必要とする理由等

※ 保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況 (勤務先など))	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 (出産日・出産予定日 平成 年 月 日) (産休・育休復帰予定日 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (具体的な状況 (勤務先など))		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日 (○をつけてください)		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで <input type="checkbox"/> 保育短時間認定を希望する

④ 祖父母の状況

①の世帯と同居している場合、「同居」としてしてください。

祖父				祖母			
父方	氏名		年齢		氏名		年齢
	住所	同居・別居	別居の住所				
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院				<input type="checkbox"/> 就労 (就労先) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		
祖父				祖母			
母方	氏名		年齢		氏名		年齢
	住所	同居・別居	別居の住所				
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院				<input type="checkbox"/> 就労 (就労先) <input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院(週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院		
症状番号	①神経痛 ②高血圧 ③腰痛 ④糖尿病 ⑤心臓病 ⑥リュウマチ ⑦統合失調症 ⑧骨折 ⑨脳内出血 ⑩身体障害者 ⑪その他(症状番号欄に具体的に記入してください)						

⑤ 他の小学校就学前の兄弟姉妹の状況

区 分	兄弟姉妹の氏名
<input type="checkbox"/> 同じ保育所等・幼稚園等の利用を申し込んでいる。	
<input type="checkbox"/> 申込先と同じ保育所等・幼稚園等を利用している。	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等に利用の申込みをしている。 理由 ()	
<input type="checkbox"/> 別の保育所等・幼稚園等を利用している。 理由 ()	
<input type="checkbox"/> 次の理由で申し込んでいない。 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用している。(施設名) <input type="checkbox"/> 勤務先等に連れて行っている。 <input type="checkbox"/> 親族等がみている。 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(裏面)

⑥ 個人番号（マイナンバー）

下の表に次に該当する方の個人番号（マイナンバー）を記入してください。

- ・保護者
- ・申請児童
- ・①世帯の状況 に記入した者のうち要介護認定又は障害者手帳・療育手帳が有となる者
- ・保育の利用を必要とする理由が疾病・障害、介護等の場合のその理由となる対象の者
- ・就学や施設入所等の理由で別居している申請児童の兄弟姉妹

氏名	児童との続柄	個人番号(マイナンバー)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

※個人番号（マイナンバー）は、保育料の算定や保育の利用を必要とする理由を確認するために使用するもので、正確に記入してください。

※認定こども園・幼稚園・保育園・家庭的保育事業者・小規模保育事業者・事業所内保育事業者・居宅訪問事業者（以下「保育施設等」と言います。）は、この用紙及び記載内容をコピー・転記その他記録することを厳禁とします。また、保育施設等はこの用紙を扱う者を制限し、かつ保管は鍵付で容易に持ち運びができない書棚・金庫等に保管すること。

食物アレルギー調査票

お子様にアレルギーがありますか？	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり	
〔	「あり」の場合、その内容
〕	

記入上の注意

この申請書は、保護者が次の点に注意し、もれなく記入のうえ、市に提出してください。
なお、申請する児童がその家庭から2人以上いる場合は、児童ごとにそれぞれ申請書が必要です。

【1枚目・表面】

1. 「申請児童」の欄は「氏名」にフリガナを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んでください。
2. 年齢は平成31年4月1日時点の年齢を記入してください。
3. 「障害者手帳・療育手帳の有無」の欄は、申請児童に係る障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください（「有」のときは、その手帳類の写しも提出してください）。
4. 保護者が単身赴任などで申請児童と別居しているとき、その保護者の住所は余白部分に記入してください。
5. 「保護者住所・連絡先」欄中の「（連絡先）」欄には、父母の携帯電話以外の連絡先で、容易に連絡のつく連絡先を記入してください。また、第1連絡者には、電話番号の前に○印をつけてください。
6. 「認定者番号」の欄は、申請児童がすでに支給認定されているときには認定者番号を記入してください（支給認定証に記載があります）。
7. 「①世帯の状況」の欄は、申請児童と同居している家族（単身赴任などのために別居している保護者を含む。）のうち、申請児童以外全員について記名し、「児童との続柄（申請児童を基準に）」、「生年月日」、「性別」及び「前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無」欄は、該当するものを○で囲んでください。また、「職業又は学校名等」の欄は、就労している場合はその所属先名、きょうだいがいる場合は、平成31年4月1日時点で在籍予定の学校名、幼稚園名、保育施設名などをそれぞれ記入してください。
8. 平成30年1月1日現在および平成31年1月1日現在（予定を含む）、保護者の住所が薩摩川内市以外にある場合は、その市町村名を記入してください。

【1枚目・裏面】

9. 「②利用を希望する期間」の欄は、保育施設（事業者）の利用を始めたい日から、小学校就学始期に達するまでの間で、施設（事業者）の利用を希望する期間を記入してください。
10. 「③保育の利用を必要とする理由等」は、該当する理由の□欄をチェックしてください。該当する項目がない場合は、その他の□にチェックし、（ ）内に理由を具体的に記入してください。
11. 母の保育を必要とする理由が「妊娠・出産」に該当する場合は、出産日または出産予定日、産休・育休復帰予定日を記入してください。
12. 「④祖父母の状況」は、祖父母の現況について該当する□欄をチェックしてください。同居しているときは住所の記入は不要です。既に亡くなられているときは、該当する「祖父」・「祖母」の各氏名欄に「亡」と記入してください。
13. 「⑤他の小学校就学前の兄弟姉妹の状況」は、申請児童のきょうだいについて、平成31年度の予定としてあてはまる欄に記名してください。

【2枚目・表面】

14. 保護者（父母とも）、申請児童のほか、申請書中に記載している該当者の方の個人番号（マイナンバー）を記入してください。
15. 申請児童に食物アレルギーがあるときは、その内容を記入してください。

【留意事項】

- 支給認定（保育の必要性の認定）及び施設（事業者）へ入所については、
 - ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
 - ・ 希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
 - ・ 保育の実施基準に該当事由により利用期間の希望に沿えない場合がありますから、あらかじめご承知ください。
- 申請書、同意書兼誓約書のほか、別に定められた証明書類を添付してください。証明書類がない場合は、支給認定の内容の確認ができませんので、保育施設などの利用ができなくなることがあります。
- 該当する場合のみ必要となる資料のうち、市区町村民税徴収税額決定（変更）通知書または市区町村民税非課税（課税のない）証明書がない場合の保育料は、各支給認定区分における最高額で決定します。
- 提出書類を含め、申請内容に虚偽があった場合、支給認定を取り消します。

保育施設利用等に関する確認事項同意書兼誓約書

※以下の確認事項及び同意事項をよくお読みの上、裏面にご署名をお願いいたします（ご署名・捺印をもって同意されたものとみなします）。

■支給認定に関する確認事項

1. 保育施設を利用したい場合は「保育施設利用のしおり」をよくお読みください。申請の際には「保育を必要とする事由」の確認をさせていただきます。
2. 支給認定の可否結果は文書で通知します。認定ができる方への通知は原則として**保育施設の決定通知と一緒にを行います。書類不備などにより認定ができない方に対しては、利用調整の結果を待たずに通知することがあります**（4月上旬～中旬頃に通知予定です）。
3. 支給認定を受けた後に、申込み内容に変更が生じた場合は、支給認定の変更を申請してください。変更内容によっては、お手元にある支給認定証を市に返還していただくうえ、新たな支給認定証を交付します。→17.
4. 支給認定の有効期間は保育を必要とする事由により異なります。認定期間が終了した場合は、すみやかに支給認定証を返還してください。保育施設を利用している方は、退園申出書をあわせて提出してください。
5. 支給認定証を棄損した場合は、支給認定証の再交付を申請していただく必要があります。その際は、手元にある棄損した認定証を市に返還し、新たな支給認定証の交付を受けてください。支給認定証を紛失した場合も再交付の申請が必要となります。再交付後に紛失した支給認定証を発見した場合は、すみやかに市に返還してください。

■保育施設の利用申込みに関する確認事項

6. **利用手続きに必要な書類は申込締切日までに必ず提出してください。書類の提出がない場合は利用調整ができず、保育施設を決定できません。また、該当する場合には必要となる市区町村民税徴収額決定（変更）通知書の提出がない場合は、各支給認定区分で最も高い保育料で決定します。**
7. 申込後、就労や世帯等の状況に変更が生じた場合は、変更申請書に必要書類を添付し、早急に市に提出してください。申込内容が事実と異なる場合、支給認定を取り消すことがあります（支給認定が取り消されると保育所等を利用もできなくなります）。
8. 希望施設の変更や転園をする場合は、申込締切日までに「希望施設変更・転園届出書」を提出してください。なお、この届は当該児童について複数提出があった場合は、最後に提出されたものが有効です。
9. 利用申込を取下げられる場合は、市に連絡のうえ「利用申込取下申出書」を提出してください。また、支給認定証が発行されている場合はすみやかに市に返還してください。
10. **施設により保育目標が異なることや、保育料以外に実費（制服や延長保育料など）や上乗せ徴収していることがあります。利用を希望する施設については必ず事前に見学をし、説明を受けるなどして、自ら確認してください。**
11. アレルギーなどによる食事制限がある場合は、その程度にかかわらず必ず希望施設にご相談ください。保育施設ではアレルギーの原因となる食材を取り除いた除去食を可能な限り行っていますが、場合によっては食物アレルギーの対応ができないことがあります。
12. **求職中として支給認定を受けてから89日以内に就労証明書を提出してください。就労証明書の提出がないと、支給認定期間満了により保育施設の利用ができなくなります。その後利用を希望する際は、再度申請が必要となります（再度利用調整することになります）。**
13. 妊娠・出産を理由としての認定期間は、出産予定月の前3カ月（出産日が属する月を含む）から、出産後8週間を経過する日の次の日が属する月の末日までとなります。引き続き継続して保育施設を利用して保育料を減額する場合には、別の事由・申請が必要となります。
14. 育児休暇からの復職により利用を希望する場合、復職日によって利用可能な月が異なりますので、就労証明書は「育児休暇期間」の明記されたものを提出してください。育児休暇を短縮して復職する場合は、あらかじめ勤務先に育児休暇からの繰り上げ復帰ができることを確認のうえ申請してください。
15. 入園決定後、施設での説明会が行われる場合は必ず参加してください。日時等の詳細については入園が決定した施設にお問い合わせください。

■ 保育施設利用開始後の確認事項

16. 各施設が定める「きまり」を守り、支給認定を受けた利用時間の中で、各施設の開設時間内に送迎してください。
17. 利用開始後に就労や世帯等の状況に変更が生じた場合は、3.とあわせて必要書類を添付し、すみやかに市に提出してください。
18. 保育所等を利用できる方は、保育を必要とする事由がある方のみとなります。保育を必要とする事由がなくなつた場合は、支給認定が取り消され、保育所等を退園することになります（ただし、認定ことも園を利用し、必要な手続きを経て1号認定を受ける場合は引き続き当該認定ことも園を利用することができます）。
19. その世帯に保育料の滞納がある場合、滞納となった理由が真にやむを得ない（失業や災害、生活保護の受給）場合を除き、その兄弟姉妹が新規に保育所等の入園申込みをする場合、優先度の設定で減算します。
20. 適正に保育料を算定するため、税務課から必要な年度の市民税課税情報を取得することがあります。他にも、以下の課から資料を取得することがあります。
 - ・市民課（戸籍、住民票）
 - ・保護課（生活保護）
 - ・学校教育課（公立幼稚園の利用状況）
 - ※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
21. 適正な保育の実施等を行うため、以下の課から資料を取得することがあります。また、これらの課からの求めに応じ資料を提供することがあります。
 - ・市民課（戸籍、住民票）
 - ・保護課（生活保護）
 - ・市民健康課（児童の生育に関すること）
 - ・障害・社会福祉課（児童の障害に関すること）
 - ・防災安全課（災害発生時）
 - ・消防局（火災・救急発生時）
 - ・収納課（滞納関係）
 - ※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
22. 利用開始後、お子さんの健康状態や発達の状況により、お子さんの健康状況の確認や集団保育の状況を見させていただくことがあります。場合によっては施設の利用に制限がかかる場合や必要な医療機関の受診等をお願いすることがあります。
23. **認可保育所の場合、保育料が滞納すると、督促状を交付するほか、市の職員が自宅訪問や電話による催告を行います。それでもなお納付がない場合には、滞納金額にかかわらず、地方税の滞納処分の例に従い財産の差押えを行うことがあります。また保育料の収納情報が必要に応じて認可保育所に提供します。**
24. 認可保育所以外の施設の場合、保育料が滞納となった場合、施設の職員が督促を行います。それでもなお納付がない場合には、市が徴収を代行する場合があります。また、保育料の収納情報が必要に応じて、市が施設に確認することがあります。

薩摩川内市長 宛 支給認定および保育所等の利用申込みにあたり、以上の記載事項について同意します。

(署名欄)

同意年月日 令和 年 月 日

住所 鹿児島県薩摩川内市

保護者①署名

印

保護者②署名

印

児童名

(署名欄) について
・黒または青のボールペンで、それぞれ自筆で署名してください。

・スタンプタイプの印鑑はご使用にならな
いでください。

就労証明書

【自営業・農業従事者以外用】

保育施設名

児童名

生年月日

○勤めに出ている人（勤める予定の人）

氏名	就労開始年月日 平成 年 月 日 1. 就労 令和 年 月 日 2. 就労予定		
雇用形態(該当するものに○) 常勤(正職)・パート・契約社員・派遣社員 委託契約・その他()	雇用・契約期間満了日 1. 常勤(正職)(雇用の期限を定めのないもの) 2. 次の期間まで(平成 年 月 日) 契約更新 あり・なし		
雇用保険の加入 加入・未加入	育児休暇の期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 (復職(予定)日:令和 年 月 日)		
雇用・契約内容(委託契約の場合、委託契約の写し)			
勤務日等	勤務時間(休憩時間を含む)	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	休憩時間を除く勤務時間 時間 分 時間 分 時間 分
	勤務日数	1 カ月 日・1 週 日	
	勤務先	所在地 名称 電話番号 - -	
最近3カ月の実績(就労予定の場合、空欄とし、産休・育休期間の場合、「育休等」としてください。)			
平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 (電話番号 - -) 事業所名 代表者名 印 (ご担当者名:)			

○内職をしている人

氏名	仕事の内容		
仕事をしている時間 午前 時 分～午後 時 分	仕事をしている日数 月 日程度	仕事を始めた日 年 月 日から	
最近3カ月の実績(就労予定の場合、空欄としてください。)			
平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 事業所名 (電話番号 - -) 代表者名 印 (ご担当者名:)			

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 証明者（雇用主）の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数をご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線で見え消しし、その上に証明に使用した印で訂正印を押印してください。
（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・無給（専従者を除く）の場合
 - ・賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・製品、商品などを、おもに自家用のために製作、売買等している場合
 - ・その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223

就 労 証 明 書

【自営業・農業従事者以外用】

保育施設名

児 童 名

生 年 月 日

○勤めに出ている人（勤める予定の人）

氏名	就労開始年月日 平成 年 月 日 1. 就労 2. 就労予定
雇用形態(該当するものに○) 常勤(正職)・パート・契約社員・派遣社員 委託契約・その他()	雇用・契約期間満了日 1. 常勤(正職)(雇用の期限を定めないもの) 2. 次の期間まで(平成 年 月 日) 契約更新 あり ・ なし
雇用保険の加入 加入 ・ 未加入	
職種(仕事の内容)	育児休暇の期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (復職(予定)日:平成 年 月 日)

雇用・契約内容(委託契約の場合、委託契約の写し)

勤務日等	勤務時間 (休憩時間を含む)	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	休憩時間を 除く勤務時間	時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
	勤務日数	1 カ月 日 ・ 1 週 日		
	勤務先	所在地		
		名 称	電話番号	- -

最近3カ月の実績(就労予定の場合、空欄とし、産休・育休期間の場合、「育休等」としてください。)

平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地

(電話番号 - -)

事業所名

代表者名

印

(ご担当者名:)

○内職をしている人

氏名	仕事の内容	
仕事をしている時間 午前 時 分 ～ 午前 時 分 午後 時 分	仕事をしている日数 月 日程度	仕事を始めた日 年 月 日から

最近3カ月の実績(就労予定の場合、空欄としてください。)

平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

事業所名

(電話番号 - -)

代表者名

印

(ご担当者名:)

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 証明者（雇用主）の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数をご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線で見え消しし、その上に証明に使用した印で訂正印を押印してください。
（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・ 無給（専従者を除く）の場合
 - ・ 賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・ 製品、商品などを、おもに自家用のために製作、売買等している場合
 - ・ その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223

就労証明書

【自営業・農業従事者用】

保育施設名	
-------	--

児童名	生年月日

氏名	就労開始年月日 平成 年 月 日 1. 就労 2. 就労予定
雇用形態(該当するものに○) 常勤(正職)・パート・契約社員・派遣社員 自営業・委託契約・その他()	雇用・契約期間満了日 1. 自営業の事業主等継続雇用 2. 次の期間まで(平成 年 月 日) 契約更新 あり・なし
職種(仕事の内容)	育児休暇の期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

雇用・契約内容			
勤務日等	勤務時間 (休憩時間を含む)	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	休憩時間を 除く勤務時間
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	
勤務日数	1カ月 日 ・ 1週 日		

最近3カ月の実績 (就労予定の場合、空欄とし、産休・育児期間の場合、「産休等」としてください。)
※賃金等の支払いが無い場合で、一時的な手伝いと判断した場合は、入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合がありますので、ご了承ください(原則として現物支給による場合は入所決定をしません)。

平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

農業の場合、その内容					
耕作面積	田 a	畑 a	山林 a	ハウス a	その他() a
畜産等	牛 頭	豚 頭	その他()	作物名	

1年の仕事の 流れ	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

所在地 (電話番号 - -)

事業所名

代表者名 印 (ご担当者名:)

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 自営業・農業従事者の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 農業従事者とは、職種が農業に該当するもので、事業主であるか従業員であるかは問いません。農業生産法人の従事者（事務員も含む）の方もこの就労証明書をご使用ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 保護者ご自身が事業主（経営者）の場合は、ご自身で証明してください。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。事業主の場合は、ご自身の就業時間をご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数を、どちらかご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 農業従事の場合、その生産活動の内容について、規模及び平成29年度の証明時点で計画している1年間の業務計画をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線を引きその上に代表者名で使用する印を訂正印としてください。（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください（事業主など保護者ご自身が証明者である場合を除く）。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・ 無給（専従者を除く）の場合
 - ・ 賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・ 成果物を、おもに自家用のために製作、栽培、飼育等している場合
 - ・ その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223

就労証明書

【自営業・農業従事者用】

保育施設名	
-------	--

児童名	生年月日

氏名	就労開始年月日 平成 年 月 日 1. 就労 令和 年 月 日 2. 就労予定
雇用形態(該当するものに○) 常勤(正職)・パート・契約社員・派遣社員 自営業・委託契約・その他()	雇用・契約期間満了日 1. 自営業の事業主等継続雇用 2. 次の期間まで(平成 年 月 日) 契約更新 あり・なし
職種(仕事の内容)	育児休暇の期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日

雇用・契約内容				
勤務日等	勤務時間 (休憩時間を含む)	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	休憩時間を 除く勤務時間	時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
勤務日数	1カ月 日 ・ 1週 日			

最近3カ月の実績(就労予定の場合、空欄とし、産休・育休期間の場合、「育休等」としてください。)
※賃金等の支払いが無い場合で、一時的な手伝いと判断した場合は、入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合がありますので、ご了承ください(原則として現物支給による場合は入所決定をしません)。

平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	平成・令和 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

農業の場合、その内容													
耕作面積	田 a	畑 a	山林 a	ハウス a	その他() a								
畜産等	牛 頭	豚 頭	その他()			作物名							
1年の仕事の 流れ	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

所在地 (電話番号 - -)

事業所名

代表者名 印 (ご担当者名:)

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 自営業・農業従事者の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 農業従事者とは、職種が農業に該当するもので、事業主であるか従業員であるかは問いません。農業生産法人の従事者（事務員も含む）の方もこの就労証明書をご使用ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 保護者ご自身が事業主（経営者）の場合は、ご自身で証明してください。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。事業主の場合は、ご自身の就業時間をご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数を、どちらかご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 農業従事の場合、その生産活動の内容について、規模及び平成28年度の証明時点で計画している1年間の業務計画をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線を引きその上に代表者名で使用する印を訂正印としてください。（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください（事業主など保護者ご自身が証明者である場合を除く）。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・無給（専従者を除く）の場合
 - ・賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・成果物を、おもに自家用のために製作、栽培、飼育等している場合
 - ・その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223

求職活動・起業準備状況申告書兼誓約書

この申告書兼誓約書は、保育所等への入所を希望される方で、新規に求職活動を始めたり、起業の準備中であつたりする方がご記入ください。現在の活動状況について、下記の質問項目にご回答ください。また、就職した場合や起業した場合は、速やかに就労証明書をご提出ください。

1. 求職活動または起業準備を行っていますか。該当する項目にチェックしてください。

- 求職活動をしている(以下該当する項目にチェックしてください)。
- ハローワークに行っている。
 - 求人情報誌や新聞の求人広告等を見ている。
 - インターネットの求人情報サイトを見ている。
 - 知人等の紹介により行っている。
 - その他()
- 起業準備を行っている。
- 現在、求職活動または起業準備を行っていない(保育所等に決定・内定後に行く)。

2. 求職活動または起業準備のためにどの程度外出していますか。

- 週 _____ 回
- 月 _____ 回
- 外出はしていない

3. どのような就労形態を希望していますか。

- 常勤(正職)
- パート・アルバイト(週 _____ 日、1日 _____ 時間程度)
- その他()
(※条件として、月12日以上、かつ、月48時間以上の就労が必要です。)

4. この申告書兼誓約書を提出するのは、世帯内の以下のどなたになりますか。

- 生計中心者(自己都合以外の理由による失業の場合)→離職票の写しを添付してください。
- 生計中心者(自発的失業等上記以外の理由の場合)
- 上記以外

上記記載内容に相違ありません。

また、私は、子どもが保育所等に入所できましたら、支給認定証の有効期限(支給認定証の効力発生日から89日以内)に就労証明書を提出いたします。なお、この期限内に就労証明書を提出できない場合は、保育所等を退園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

薩摩川内市長 様

住所 _____

保護者氏名 _____ 印

(上記申告をする保護者)

児童名 _____

薩摩川内市長 様

診 断 書

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

下記のとおり診断する。

氏 名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
診断日	年 月 日					
傷病名						
上記傷病の 該当項目	①常時病臥 感染症 難病		②安静を要する疾病 または精神性疾病		③通院加療	
上記傷病による 児童保育の可否	1 保育に支障なし		2 保育困難		3 保育不可	
症 状 等	※常時看護、介護が必要などの保育が困難な状況を、記入してください。					
今後の治癒 見込み期間	入院		年 月 日 ~		年 月 日	
	通院		年 月 日 ~		年 月 日	
上記傷病による 家族の看護・ 介護の必要性	1. 必要とする		2. 必要としない			

(保護者記入欄)

令和 年 月 日

受診者の住所						
申請児童から見た続柄	父 母		祖父 祖母		その他()	
フリガナ			第1希望施設名 及び 在籍状況		申請中 在園中	
申請児童名①	年 月 日生					
フリガナ			第1希望施設名 及び 在籍状況		申請中 在園中	
申請児童名②	年 月 日生					
フリガナ			第1希望施設名 及び 在籍状況		申請中 在園中	
申請児童名③	年 月 日生					

(お問合せ先)

薩摩川内市 子育て支援課 保育グループ

TEL 0996-23-5111

FAX 0996-23-1223

