

状況証明書

提出日：平成 年 月 日

裏面の記入上の注意をご確認のうえ、ご記入下さい。

※保護者記入欄

新規 ・ 変更		☐ 笠松 ☐ 松枝 ☐ 下羽栗 小学校	
保護者氏名		児童氏名 H 年 月 日生 年生	
児童との続柄 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他 ()		児童氏名 H 年 月 日生 年生	
保育を必要とする理由 (当てはまるものに○)		①就労 ②出産 ③障がい ④病気 ⑤介護・看護 ⑥求職中 ⑦就学	
交通手段	電車・バス・車・自転車・徒歩・その他 ()		所要時間(片道) : 時間 分

①・・・下記に会社（事業所）による証明をもらってください。

②～⑥…裏面の該当箇所をご記入いただき、添付書類をご提出ください。

※就労状況等証明欄（事業主等の証明者が記入すること。訂正箇所には証明印で訂正すること。）

勤務先記入欄	就労形態	☐ 常勤 ☐ 派遣 ☐ パート ☐ その他（ ）		
	勤務先	住所 名称 電話：		
	雇用期間	※ 産後休暇・育児休業から復帰の場合は、職場復帰日（予定）を記入してください。 昭和 ・ 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	勤務時間 (24時間表記)	※ <u>休憩時間を含む労働契約上の正規の勤務時間</u> を記入してください。 ____時 ____分 ～ ____時 ____分〔____時間 ____分〕… 週 ____日 ____時 ____分 ～ ____時 ____分〔____時間 ____分〕… 週 ____日 ____時 ____分 ～ ____時 ____分〔____時間 ____分〕… 週 ____日 ----- 上記契約以外の勤務（残業） 無 ・ 有 → ____時 ____分まで		
	勤務曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 不定期（週 _____ 日） 勤務日数 月約 _____ 日		
	職種	仕事の内容（事務、販売、製造など） ☐		

上記の者の就労状況について、上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

証明者 所在地
会社（事業所）名
代表者氏名
電話番号
証明担当者氏名

印

※ 採用内定・育児休業取得中の方は、就労予定・復職後の内容を記入してください。

※ 証明書の内容について、後日町から問い合わせをする場合がありますのでご了承ください。

(問合せ) 笠松町役場福祉子ども課
TEL 058-388-1116

↓当てはまるものに○	状況記入欄	添付書類
②出産	出産日 ・ 出産予定日 平成_____年_____月_____日	母子手帳の写し ・ 表紙 ・ 出産予定日が判るページ
③障がい	身障手帳 _____級 療育手帳 _____ A _____ B1 _____ B2 _____ 精神障害手帳 _____級 その他 (_____)	障害手帳の写し
④病気	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 在宅 入院 平成_____年_____月_____日 から _____か月 通院 月に_____日 (週平均_____日)	下記意見書に医師の証明 または別紙診断書、 入院証明書等の写し
⑤介護・看護	☐ 在宅（同居） ☐ 訪問（別居、入院等） 被介護（被看護）者 児童との続柄 _____ 所要日数 週_____回 所要時間 _____時 _____分 ～ _____時 _____分 （※ 送迎時間含む）	介護・看護を要する証明書 （医師の意見書等）
⑥求職中	☐ 下記について承諾します。 ・ 入所期間は、3か月であること。 ・ 就職先が決まり次第、就労証明書を提出すること。	・ ハローワークの登録証 ・ 派遣登録証等の写し
⑦就学	※ 職業訓練校を含む 平成_____年_____月_____日 ～ 平成_____年_____月_____日	・ 在籍証明 ・ 授業の時間割表の写し

（記入上の注意）

この証明書は、放課後児童クラブ利用を希望する児童の保護者等の、就労等保育の必要な状況を把握する為の書類となりますので、正確にご記入ください。また、証明内容に変更があった場合は、必ず通所する放課後児童クラブ又は役場までご連絡ください。

証明内容に不正が認められた場合は、放課後児童クラブの利用承諾を取り消す場合がございます。

意 見 書			
患者氏名		生年月日	S・H _____年_____月_____日
住所			
病名			
加療見込期間	平成_____年_____月_____日 ～ 平成_____年_____月_____日		
加療の方法	☐ 入院(入院期間：平成_____年_____月_____日～平成_____年_____月_____日) ☐ 通院(_____回/ 周・月) ☐ 往診(_____回/ 週・月) ☐ 自宅療養		
傷病の程度	☐ 絶対安静 ☐ 常時看護人必要 ☐ その他 (_____) 児童の保育 不可能 ・ 可能		
上記のとおり診断します。 平成_____年_____月_____日 住所 医師 氏名 印			