

保護者記入欄

子ども名	生年月日	年	月	日	施設名:	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
子ども名	生年月日	年	月	日	施設名:	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
子ども名	生年月日	年	月	日	施設名:	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中

(様式1)

(宛先) 亀岡市長

就労証明書

証明日 年 月 日

事業所名

代表者名 印

所在地

電話番号

記入者名

記入者連絡先

※勤務先で証明をお願いします。証明日を必ず記入してください。
 ※代表者印はシャチハタ不可。消えるボールペンでの記入不可。

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

No.	項目	記入欄					
勤務先事業者に関する事項							
1	業種						
就労者に関する事項							
2	ふりがな						
	就労者氏名						
3	就労者住所						
就労状態等に関する事項							
4	雇用(内定)年月日	年 月 日					
5	勤務先事業所名						
6	勤務先住所						
7	勤務先電話番号						
8	雇用の形態		()その他の場合は、左記に詳細を記入してください				
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日	1箇月の合計時間	時間	分		
		平日	時	分	～	時	分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜	時	分	～	時	分
10	就労時間 (変則就労の場合)	時間	分	1箇月の合計時間	時間	分	
11	就労実績	年 月	年 月	年 月			
		日/月	日/月	日/月			
12	産前・産後休業の取得	年 月 日	～	年 月 日			
13	育児休業の取得 (予定期間)	年 月 日	～	年 月 日			
		短縮可能時期	年 月 日	延長可能時期	年 月 日		
14	復職(予定)年月日	年 月 日					
その他							
15	備考欄						

* 自営業の場合(様式2)

自 営 業 状 況 申 立 書			
(宛先) 亀岡市長		年 月 日	
		(事業主) 住所	
		氏名	①
		電話	()
自営業状況について、下記のとおり就労していることを申立します。			
事業所名			
事業開始日	年 月 日		
事業所所在地・連絡先	電話	()	
就労内容 <small>(具体的に記入してください)</small>			
就労時間	就労曜日 日・月・火・水・木・金・土 (該当する曜日に○印を付けてください)		
	平日	時 分～時 分	土 曜 日
	※1箇月の就労時間の合計を記載してください。		
就労時間: 1箇月	時間 分	①すべて土曜日は休み ②第1・2・3・4・5土曜日は休み(該当するところに○印を付けてください) ③ 時 分～時 分	
添付書類 ※右のいずれかに○をし、添付してください。	営業許可証の写し・確定申告書(税務署收受印があるもの)の写し・開業届の写し・事業開始届の写し・事業請負契約書の写し・その他()		

* 農業従事を理由とする場合(様式3)

農 業 委 員 会 確 認 年 月 日			
耕 作 状 況 報 告 書			
(宛先) 亀岡市長		年 月 日	
下記のとおり状況を報告します。			
従事者	住所	電話 ()	
	氏名	①	
田畑の所在地		田畑の所有者	
※1 自作地	小作地	主な農作物(具体的に)※2	
田	m ²	m ²	
畑	m ²	m ²	
農業従事状況	平日	時 分～時 分	年間 就労日数
	土曜日	時 分～時 分	

※1 耕作地は3,000m²(30アール)以上必要です。

※2 季節ごとに具体的に記入してください。(例)春…キャベツ・玉ねぎ 夏…なす・トマト 等

* 病気・看護を理由とする場合(様式4)

診 断 書			
(宛先) 亀岡市長		年 月 日	
		※3 医療機関名	
		医師名	①
下記のとおり診断します。			
患者氏名		男・女	年齢
病(傷)名			
医師の所見			
治療見込期間※4	年 月 日～年 月 日 (約 カ月)		
入院・通院	1カ月の通院回数		回
看護の必要性	看護が必要・看護が不要	乳幼児保育の可能性	保育できる・保育できない

※3 かかりつけ医療機関で記入してもらってください。

※4 治療見込期間が保育要件の認定期間となります。

- (注) 1. この書類は、児童の施設等利用給付認定に係る資料となりますので、事実と違わないようにもれなく記入してください
内容に変更が生じた場合、その都度書類を提出してください。
2. 記載内容が事実と異なる場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
3. 場合によっては、実態調査をします。