

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼保育施設入所申込書

年 月 日

(あて先) 東大阪市長



保護者名 ㊟

住所 東大阪市

2019年(平成31年)1月1日の住所 上記と同じ

上記以外 ()

電話 自宅 - -

携帯 (父) - -

(母) - -

保育の必要量の希望 (いずれかに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	①保育短時間(1日最長8時間)での保育
<input type="checkbox"/>	②保育標準時間(1日最長11時間)での保育
標準時間希望で、労働時間が週30時間未満の方は、標準時間が必要な理由を記入してください。	

支給認定証番号 (既に支給認定を受けている場合)

次のとおり、支給認定を申請します。また、保育施設への入所を申し込みます。

家族構成	父母及び同住所に住んでいる人全員 (世帯分離している人も含む) について記入してください。生計を一にする別居している子どもがいる場合記入し【別居】欄にレ点を入れてください。					
区分	フリガナ 氏 名	児童と の続柄	生年月日	性別	通園通所している施設名	別居
申請児童		本人	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
児童の 世帯員			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/>

* 個人番号については、別紙参照

該当有無	当てはまるものに○をつけ、必要事項を記入し、証明する書類の提出が必要です。		
生活保護受給	[有・無]	年 月 日より	[受給中・申請中] 担当ケースワーカー:
ひとり親世帯	[有・無]	離婚・未婚・離婚調停中・死亡・その他()	事由発生日 年 月 日
在宅障害者	[有・無]	氏名	手帳の種別 [身障 級・療育()・精神 級]

保育が必要な 事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ()
入所希望保育施設		入所希望期間 [※]
第1希望	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校入学前 まで	
第2希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日	
第3希望	※求職中の方の支給認定期間は、90日間となります。 ※妊娠、出産による支給認定期間は出産後2か月までとなります。 ※育児中の方は、入所日から1か月以内の職場復帰が必要となりますので、 ご留意の上、入所希望日をご記入ください。	
第4希望		

※本市記入欄	児童番号	区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
--------	------	----	---

同意書

- ① 東大阪市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定において、認定期間中必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。
- ② ①の情報に基づき決定した利用者負担額について、東大阪市が特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- ③ 児童の健康状況等について、関係機関（保健センター等）へ照会及び連絡すること。

年 月 日

（あて先）東大阪市長

上記①～③のことについて、同意します。

父 ⑩

母 ⑩

同居の祖父 ⑩

同居の祖母 ⑩

家庭状況申告書

児童名

/

歳

か月

生年月日

年

月

日

各項目について、当てはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。

家族状況について

祖父母と同居していますか	いいえ ・ はい
お母さんは今妊娠していますか	いいえ ・ はい

日中の児童の保育状況について

1	認可保育施設・幼稚園等に入所	年	月	より週	日	施設名 ()
2	認可保育施設に一時預かり	年	月	より週	日	施設名 ()
3	企業主導型保育施設	年	月	より週	日	施設名 ()
4	上記以外の認可外保育施設・企業内保育等	年	月	より週	日	施設名 ()
5	勤務先に同伴	〔 父 ・ 母 〕				
6	自宅で保育	〔 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 (保育者名:) 〕				
7	知人・別居祖父母等が保育	保育者名:				児童との続柄:
入所希望日に入所できなかった場合の保育について、上記番号より選択してください。 ()						

児童の健康状況等について

健診状況	4か月健診	済 ・ 未	指摘事項	無 ・ 有 / 内容:		
	1歳半健診	済 ・ 未	指摘事項	無 ・ 有 / 内容:		
	3歳半健診	済 ・ 未	指摘事項	無 ・ 有 / 内容:		
発育状況	出生	妊娠	週	gで出生、特記事項 ()		
	運動発達	首すわり	か月、ひとり座り(支えなしでも座れる)	か月、歩き始め	歳	か月
	ことば	まだ ・ 単語 ・ 2語文 ・ 会話ができる ・ 名前や年齢が言える	指さし行動	歳	か月、初語	歳
	右記の教室への参加	無 ・ 有	すこやか教室 (保健センター) ・ すくすく教室 (保育施設) ・ ひまわり教室 たんぼぼ／こあら教室 ・ ゆりのき教室 ・ のびのび教室 ・ その他発達支援の教室			
健康状況	障害者手帳	無 ・ 有	身体障害者手帳	級 ・ 療育手帳 ()		
	アレルギー	無 ・ 有 不明	原因物質 () / 検査 [済 ・ 未] () 除去食の必要 [無 ・ 有 (内容:)] アナフィラキシーショック [無 ・ 有]			
	アトピー等	無 ・ 有	アトピー ・ 喘息 ・ 花粉 ・ その他 ()			
	熱性けいれん	無 ・ 有	歳のとき	回 / 検査結果:		
	てんかん	無 ・ 有	歳のとき	回 / 内服状況:		
通院服薬状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院・施設	無 ・ 有	病名・診断名等			
	服薬	無 ・ 有	主な症状	病院・施設名	通院(所)日数 [週 ・ 月] に 回	
薬の種類: 服用回数 一日 回						
保育施設入所にあたり、健康上または発達上、気になることがあればご記入ください。						

兄弟姉妹で入所を希望する場合のみ記入してください。

① 兄弟姉妹とも入所できる場合
同じ保育施設に入所できないときは、辞退する。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 希望順位より同じ保育施設に入所できることを優先してほしい。
<input type="checkbox"/> 別々の施設でも良いので希望順位の高い保育施設にしてほしい。
② 兄弟姉妹のいずれかしか入所できない場合
一人だけの入所は辞退する。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どの子が先の入所でもいい。
<input type="checkbox"/> [児童名:] が先の入所でないと希望しない。

申込時確認シート

※ 該当する項目をご一読いただき、確認欄にチェックの上、署名をお願いします。

申込者全員の確認項目	確認欄
この申込書の内容は、保育に役立てるため、利用が見込まれる施設に連絡することがあります。	<input type="checkbox"/>
申込内容が事実と異なる場合、入所申込みは無効となります。 申込書記載の内容に変更があった場合、必ず子ども応援課に連絡の上、必要な手続きを行ってください。 (例) 就職・退職等の入所要件の変更、認可外利用等児童の保育状況の変更 など 連絡がないと、入所選考指数に影響する場合や、入所決定の取消・退所になる場合があります。	<input type="checkbox"/>
保育必要量の変更が必要な場合は、新たな就労証明書もしくは入所理由証明書と支給認定変更申請書を提出して下さい。保育必要量の変更は、申請日の翌月からになります。	<input type="checkbox"/>
追加書類を郵送で提出された場合、未着や該当者不明などについては、市は一切責任を負えません。	<input type="checkbox"/>
提出いただいた書類は、お返しいたしません。	<input type="checkbox"/>
2人以上のきょうだいを同時に申込みの場合、きょうだい全員の入所決定ができない場合があります。 その場合でも、入所した児童について入所理由が確認できない場合は入所決定の取消や退所となります。	<input type="checkbox"/>
4月入所決定後、入所を辞退する場合は、入所2週間前までに辞退届を提出してください。	<input type="checkbox"/>
東大阪市から転出された場合、保育施設の入所の対象となりません。転出される場合は、子ども応援課まで連絡をしてください。	<input type="checkbox"/>
東大阪市へ転入予定の場合、入所日前日までに東大阪市内に転入していることが入所に必要な条件となります。 転入届提出後、すみやかに子ども応援課に連絡をしてください。 転入が確認できない場合、入所決定は取消しとなります。	<input type="checkbox"/>
以下の事項は園により対応が異なりますので、事前に確認をお願いします。 ・利用者負担額(保育料)以外の諸経費・休園日・保育時間・慣らし保育の期間 ・受入月齢(特に0歳児は注意、受入月齢未満の場合選考対象外) ・アレルギーの除去食や服薬、その他保育上配慮が必要な場合の対応	<input type="checkbox"/>

不足書類のある場合(窓口で記入)	確認欄
不足書類の について、 年 月 日までに提出します。	<input type="checkbox"/>

上記の各項目について確認しました。

年 月 日

保護者氏名

印

就労証明書

(あて先)東大阪市長

証明日	年	月	日
事業所名			
代表者名	⑧		
所在地			
電話番号			
記入者名			
記入者連絡先			

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(予定)期間	有期・無期	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	自営業・正社員・アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・その他()	
9	就労時間 (固定就労の場合)	<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	合計時間 時間 分
		平日 時 分 ~ 時 分	*No.15にも記入してください。
		土曜 時 分 ~ 時 分	
日曜 時 分 ~ 時 分			
10	就労時間 (変則就労の場合)	月・週 時間 分	*No.15にも記入してください。
11	就労実績	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
		日/月	日/月
12	産前・産後休業の取得	取得中・予定・終了	年 月 日 ~ 年 月 日
13	育児休業の取得 (予定期間)	取得中・取得予定	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	復職年月日	年 月 日	
その他			
15	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 日 週 時間 分	休憩(1日) 時間 分
16	備考欄		

保護者記入欄 (注意)就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書をあわせて提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

注意事項

- この就労証明書は、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、雇用(予定)先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
- 東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。
- 雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。
- 証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市長 子育て支援課 TEL 06(4309)3202

入所理由証明書 I (就労予定/就労時間延長/就学/求職中)

(あて先) 東大阪市長

<保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	(続柄)	(電話)
利用施設または第一希望施設名		
児童名	年 月 日生	申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園

(注意) 就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書を提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

(*) 保育短時間は最長8時間
保育標準時間は最長11時間

勤務者本人の自筆および内容が虚偽の場合は申請を無効とします。

1. 就労の方

(自営の方は代表者が記入してください。)

<事業所記入欄>

事業所名		社 印		問い合わせ先となります。必ず記入してください。	
雇用主名(代表者)		社	印	記入担当者名	
所在地		又は		電話番号	
電話番号		代表者印		証明日	年 月 日

下記のもの、次のとおり【就労内定・勤務延長予定】していることを証明します。

①	業 種	
②	就労者氏名	
③	就労者住所	
④	雇用予定(延長)年月日	有期・無期 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	正社員・アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・内職・その他() 自営【本人が経営・配偶者が経営・親族経営(勤務者との続柄:)】
⑨	就労時間 (固定就労の場合)	<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 合計時間 時間 分
		平日 時 分から 時 分
		土曜日 時 分から 時 分
	日曜日 時 分から 時 分	
⑩	就労時間 (変則就労の場合)	月・週 時間 分 ⑩にも記入してください。

その他

⑪	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 日 週 時間 分 休憩(1日) 時間 分
---	----------------	--------------------------

注 意 事 項

- この就労内定・変更証明書は、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、雇用(予定)先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
- 東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。
- 雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。
- 証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市政府 子どもすこやか部 子ども応援課 TEL 06(4309)3202

2. 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。(□欄をチェックしてください。)

氏名			
学校等種別	学校・専修学校・各種学校・職業訓練校・その他 ()		
学校等名称		学校等所在地	
就学(予定)期間	年 月 日	～	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	年 月 日	名称	学校印 または 代表者印
		代表者名	
		所在地	
		記入担当者名	

<注意事項>

この就学証明欄は、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、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、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

3. 求職中の方

<本人記入欄> 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。

氏名 Ⓜ

※下記のいずれかに し、求職活動の状況を記入してください。

採用面接を受ける予定、または採用面接を受け結果を待っている状況です。

ハローワークに通っている。(下記のいずれかを提出してください。)

企業の紹介状の本人控え・登録カードのコピー(発行日より3ヶ月以内のもの)

上記以外の方法での求職活動をしています。

求職活動の事実を証明する書類の提出が必要です。(面接通知・不採用通知等)

最近3か月の求職活動の状況(下記の欄に必ずご記入ください。)

日付	相手先企業名 相手先企業の電話番号	結果または現在の状況 (例 不採用 面接予定等)

<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。

入所理由証明書Ⅱ (疾病・障害／介護・看護／妊娠・出産)

(あて先) 東大阪市長

<保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	(続柄)	(電話)
利用施設または第一希望施設名		
児童名	年 月 日生	申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園

4. 疾病の方

<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 困難さに関する意見 (該当するものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 寝たきり等、全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 常時安静、介助必要 <input type="checkbox"/> 自宅療養、保育困難 <input type="checkbox"/> 概ね保育可能 児童を保育する上での困難さに関するご意見を記入してください。	
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
証明年月日	年 月 日	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、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

<本人記入欄>

児童の保育 (該当するものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	

5. 障害の方

<本人記入欄> 必ず手帳のコピーをつけてください。

氏 名		
手 帳 の 種 別 等	身体障害者手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 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)		



6. 介護・看護の方

<介護・看護者記入欄> 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて表面の「4. 疾病の方」医療機関記入欄に証明いただき併せてご提出ください(障害者手帳をお持ちの場合はコピーをつけてください)。

介護・看護を受ける方	年齢 () 歳						
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	同居所・別住所(○をして下さい) 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)	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 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(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)							
時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
: ~ :							朝食介助
: ~ :							病院通院介助
: ~ :							昼食介助
: ~ :							入浴介助
: ~ :							夕食介助

7. 妊娠・出産の方

<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。

出産(予定)日	年 月 日 出産予定の方は、母子手帳の「出産予定日」のページ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 年 月 日まで就労(予定) 2 就労していない	
出産後の状況	<p>1 出産前の職場に復帰予定 復帰予定日 年 月 日 / 入所次第 <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 <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 別途勤務(予定)先にて就労証明書もしくは入所理由証明書Ⅰの「1. 就労の方」欄に就労(予定)状況を証明頂き、ご提出ください。</p> <p>2 出産前の職場とは別の職場で採用予定 就労予定日 年 月 日 / 入所次第 別途勤務(予定)先にて「入所理由証明書Ⅰ」の「1. 就労の方」欄に就労(予定)状況を証明頂き、ご提出ください。</p> <p>3 出産後に求職活動をする予定 以下の氏名欄に署名・捺印ください。 出産月の翌々月の月末までに求職活動を開始し、入所決定後すみやかに求職活動中であることを証明する書類を提出します。 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>出産月の翌々月の月末までに「入所理由証明書Ⅰ」の「3. 求職中の方」欄に求職活動状況を記入し、ご提出ください。</p> <p>4 出産後は就労・求職活動の予定はない 4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産予定月の翌々月の月末を過ぎると、自動的に入所申込の取下げ(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。</p> <p>5 その他 [<input type="text"/>]</p>	

就労証明書

(あて先)東大阪市長

証明日	年	月	日
事業所名			
代表者名	⑧		
所在地			
電話番号			
記入者名			
記入者連絡先			

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(予定)期間	有期・無期 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	自営業・正社員・アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・その他()
9	就労時間 (固定就労の場合)	<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 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	* No.15にも記入してください。
10	就労時間 (変則就労の場合)	月・週 時間 分 * No.15にも記入してください。
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	取得中・予定・終了 年 月 日 ~ 年 月 日
13	育児休業の取得 (予定期間)	取得中・取得予定 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	復職年月日	年 月 日
その他		
15	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 日 週 時間 分 休憩(1日) 時間 分
16	備考欄	

保護者記入欄 (注意)就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書をあわせて提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

注意事項

- この就労証明書は、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、雇用(予定)先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
- 東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。
- 雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。
- 証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市長 子どもすこやか部 子ども応援課 TEL 06(4309)3202

入所理由証明書 I (就労予定/就労時間延長/就学/求職中)

(あて先) 東大阪市長

<保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	(続柄)	(電話)	利用施設または第一希望施設名
児童名	年 月 日生		申込中・在園
児童名	年 月 日生		申込中・在園
児童名	年 月 日生		申込中・在園

(注意) 就労時間の変更等で保育必要量の変更が必要になる場合は、支給認定変更申請書を提出して下さい。変更は提出日の翌月からになります。

(*) 保育短時間は最長8時間
保育標準時間は最長11時間

勤務者本人の自筆および内容が虚偽の場合は申請を無効とします。

1. 就労の方

(自営の方は代表者が記入してください。)

<事業所記入欄>

事業所名		社 印		問い合わせ先となります。必ず記入してください。	
雇用主名(代表者)		社 印		記入担当者名	
所在地		又は		電話番号	
電話番号		代表者印		証明日	年 月 日

下記のもの、次のとおり【就労内定・勤務延長予定】していることを証明します。

①	業 種	
②	就労者氏名	
③	就労者住所	
④	雇用予定(延長)年月日	有期・無期 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	正社員・アルバイト・パート・非常勤・臨時職員・派遣社員・内職・その他() 自営【本人が経営・配偶者が経営・親族経営(勤務者との続柄:)】
⑨	就労時間 (固定就労の場合)	<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 合計時間 時間 分
		平日 時 分から 時 分
		土曜日 時 分から 時 分
日曜日 時 分から 時 分		
⑩	就労時間 (変則就労の場合)	月・週 時間 分 ⑩にも記入してください。

その他

⑪	週あたりの平均就労日数と時間	実働週 日 週 時間 分 休憩(1日) 時間 分
---	----------------	--------------------------

注
意
事
項

- この就労内定・変更証明書は、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、雇用(予定)先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、不利益処分を受けることがあります。
- 東大阪市長が電話や訪問により就労実態を確認することがありますので、あらかじめご了承ください。
- 雇用主(代表者)の印鑑が押されていないもの、訂正箇所雇用主(代表者)の訂正印がないものは無効です。
- 証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

問い合わせ先 東大阪市長役所 子どもすこやか部 子ども応援課 TEL 06(4309)3202

2. 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。(□欄をチェックしてください。)

氏名			
学校等種別	学校・専修学校・各種学校・職業訓練校・その他 ()		
学校等名称		学校等所在地	
就学(予定)期間	年 月 日	～	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	年 月 日	名称	学校印 または 代表者印
		代表者名	
		所在地	
		記入担当者名	

<注意事項>

この就学証明欄は、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、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、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。

・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

3. 求職中の方

<本人記入欄> 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。

氏名 Ⓜ

※下記のいずれかに し、求職活動の状況を記入してください。

採用面接を受ける予定、または採用面接を受け結果を待っている状況です。

ハローワークに通っている。(下記のいずれかを提出してください。)

企業の紹介状の本人控え・登録カードのコピー(発行日より3ヶ月以内のもの)

上記以外の方法での求職活動をしています。

求職活動の事実を証明する書類の提出が必要です。(面接通知・不採用通知等)

最近3か月の求職活動の状況(下記の欄に必ずご記入ください。)

日付	相手先企業名 相手先企業の電話番号	結果または現在の状況 (例 不採用 面接予定等)

<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。

入所理由証明書Ⅱ (疾病・障害／介護・看護／妊娠・出産)

(あて先) 東大阪市長

<保護者記入欄>

証明の対象者名 保護者名(父・母等)	(続柄)	(電話)
児童名	年 月 日生	利用施設または第一希望施設名 申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園
児童名	年 月 日生	申込中・在園

4. 疾病の方

<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 困難さに関する意見 (該当するものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 寝たきり等、全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 常時安静、介助必要 <input type="checkbox"/> 自宅療養、保育困難 <input type="checkbox"/> 概ね保育可能 児童を保育する上での困難さに関するご意見を記入してください。	
治療見込み期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
証明年月日	年 月 日	名 称 所 在 地 医 師 名 電話
		医療機関印 または 担当医師印

<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、担当者に問い合わせることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。
・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

<本人記入欄>

児童の保育 (該当するものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、大変困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能ではないが、支障がある <input type="checkbox"/> 自宅での保育に支障はない
上記の理由 (詳しく記入してください)	

5. 障害の方

<本人記入欄> 必ず手帳のコピーをつけてください。

氏 名		
手 帳 の 種 別 等	身体障害者手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 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)		



6. 介護・看護の方

<介護・看護者記入欄> 介護・看護の対象となる方について、別途医療機関にて表面の「4. 疾病の方」医療機関記入欄に証明いただき併せてご提出ください(障害者手帳をお持ちの場合はコピーをつけてください)。

介護・看護を受ける方	年齢 () 歳						
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	同居所・別住所(○をして下さい) 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)	身体障害者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 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(月曜日と同じ場合は「同左」とご記入ください。)							
時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	(例)
: ~ :							朝食介助
: ~ :							病院通院介助
: ~ :							昼食介助
: ~ :							入浴介助
: ~ :							夕食介助

7. 妊娠・出産の方

<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。

出産(予定)日	年 月 日 出産予定の方は、母子手帳の「出産予定日」のページ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 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 年 月 日 / 入所次第 <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 <input type="checkbox"/> 自営業の【中心者・協力者】で、休職後復帰予定 <input type="checkbox"/> 【産休のみ・産休及び育休】取得後、復帰予定 <u>別途勤務(予定)先にて就労証明書もしくは入所理由証明書Ⅰの「1. 就労の方」欄に就労(予定)状況を証明頂き、ご提出ください。</u>
	2 出産前の職場とは別の職場で採用予定 就労予定日 年 月 日 / 入所次第 <u>別途勤務(予定)先にて「入所理由証明書Ⅰ」の「1. 就労の方」欄に就労(予定)状況を証明頂き、ご提出ください。</u>
	3 出産後に求職活動をする予定 以下の氏名欄に署名・捺印ください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 出産月の翌々月の月末までに求職活動を開始し、入所決定後すみやかに求職活動中であることを証明する書類を提出します。 氏名 Ⓢ </div> <u>出産月の翌々月の月末までに「入所理由証明書Ⅰ」の「3. 求職中の方」欄に求職活動状況を記入し、ご提出ください。</u>
	4 出産後は就労・求職活動の予定はない <u>4に該当される方は、就労等への要件の変更がない限り、出産予定月の翌々月の月末を過ぎると、自動的に入所申込の取下げ(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。</u>
	5 その他 []

第一希望保育施設名			
児 童 名	生 年 月 日	年	月 日

誓 約 書

(あて先) 東大阪市長

育児休業中の方

保育施設入所後1か月以内に就労復帰することを条件とし、現在就労中の方と同等の選考指数になります。また、兄弟姉妹で入所を希望し、兄弟姉妹のいずれかしか入所できない場合でも、1か月以内の就労復帰が条件となりますので以下誓約事項への同意が必要になります。

保育施設入所の際には、入所後1か月以内（4月入所なら4月中）に就労復帰します。期日になっても復帰しなかった場合、入所を取り消されても異存ありません。

年 月 日

氏名 _____ 印

就労中で出産を予定されている方

現在就労中で、出産後育児休業を取得される場合、妊娠・出産の入所要件で入所選考となります。ただし、出産後速やかに就労復帰をされる方に限り、就労要件で入所選考を行いますので以下誓約事項への同意が必要になります。

保育施設入所の際には、産後3か月以内に就労復帰します。期日になっても復帰しなかった場合、入所を取り消されても異存ありません。

年 月 日

氏名 _____ 印

就労先が内定している方

就労先が内定している方は、入所後1か月以内の就労開始が保育施設入所決定の条件となります。また、兄弟姉妹で入所を希望し、兄弟姉妹のいずれかしか入所できない場合でも、1か月以内の就労開始が条件となりますので以下誓約事項への同意が必要になります。

保育施設入所の際には、入所後1か月以内（4月入所なら4月中）に就労復帰します。期日になっても復帰しなかった場合、入所を取り消されても異存ありません。

年 月 日

氏名 _____ 印

転園希望の方

転園が決定した場合、転園前の保育施設に戻ることはできません。転園前の保育施設を退園することを約束していただくことが、転園申請の条件となりますので以下誓約事項への同意が必要になります。

転園が決定した際には、転園前の保育施設を退園します。

年 月 日

氏名 _____ 印

一時保育・認可外保育施設等利用証明書

(あて先) 東大阪市長

保護者記入欄			
児童氏名		生年月日	年 月 日
第一希望施設名			

※以下、事業所記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

下記の児童は、次のとおり当保育施設を利用していることを証明します。

① 児童氏名			
② 利用開始年月日	年 月 日	利用登録のみ	年 月 登録
③ 利用頻度 <small>(あてはまるものにチェックを入れ、必要事項を記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> 固定	月・火・水・木・金・土・日 (該当曜日に○をしてください)	
	時間	: ~ :	(1日合計 時間 分)
④ 料金体系 <small>(あてはまるものにチェックを入れ、必要事項を記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> ()円 / 時間・日・週・月	(該当するものに○をしてください)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
⑤ 直近1か月の利用状況	年 月 の状況		
	利用日数 ()日間	受領料金 ()円	
証明年月日	年 月 日		
施設種別(いずれかに☑)	施設名称		印
<input type="checkbox"/> 認可保育施設	代 表 者		
<input type="checkbox"/> 企業内保育施設(院内の託児所等)	所 在 地		
<input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設 (児童育成協会による助成対象)	電 話		
<input type="checkbox"/> 上記以外の認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他()	(記入担当者名)		

⑤の「直近1か月の利用状況」項目について、利用開始直後で利用が1ヶ月に満たない場合は記載不要

・証明書の有効期限は証明日より3ヶ月以内となります。

注)この証明書は、入所選考時の重要な資料となるため、施設の担当者が事実のとおりにご記入ください。なお入所選考時や記入漏れ等がある場合は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、不利益処分を受けることがあります。

この証明書は保育施設の入所申請にかかる証明書です

--

保育施設委託入所申込についての確認書類

*東大阪市以外の保育施設を申込みされる方のみ記入してください。

Q、申込される保育施設のある都道府県、自治体はどこですか？

A、 都・道・府・県 市・区・町・村

Q、転出予定はありますか？

A、 はい いいえ

*以下枠内は、転出予定のある方のみ当てはまるものに○を付け必要事項をご記入下さい。

Q、転出予定がある場合、各自治体によって様々ですが直接入所申込をした方が保育施設の入所選考で優位になることがあります。ご自身でその自治体に確認をしたうえでの委託入所申込として受付してよろしいですか。

A、 はい いいえ

注意

いいえと答えた方はご自身で確認を取ってからの申込をおすすめします。

Q、居住先が決まっている場合は住所や地番を記入し、該当する居住形態に○をして下さい。

A、住所・地番

売買契約 賃貸契約 実家（親族居住等） その他（）

★ **売買契約・賃貸契約に該当する方は契約書のコピーを提出してください。**

Q、転出する居住地の同住所に既に親族が居住されていますか？

A、 はい いいえ

はいの場合は下記に世帯主の氏名・生年月日を記入して下さい。

同居の親族氏名・生年月日 年 月 日生

東大阪市から各自治体への委託依頼には10日程度かかる場合があります。申込される自治体の申込期間を過ぎての依頼となる場合がありますがご了承ください。

上記の内容に同意し、間違いがなければ下記に署名してください。

年 月 日 氏名
