

(年度)

(在籍または第1希望保育所等名)

(児童氏名)

(児童生年月日)

令和	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申 込	年 月 日
年度	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申 込	年 月 日

※追加でご提出の場合は、上記の太枠内を保護者が必ずご記入ください。記入がない場合、申請内容を受付できない場合があります。

内職証明書

- 内職を開始直後で平均収入等が記載できない場合は、見込額をご記入ください。
- 証明内容について、茨木市保育幼稚園事業課の職員が、事業主の方へ電話あるいは訪問により確認させていただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- 下記内容に相違した場合は、入所後であっても施設・事業を利用できなくなる場合があります。
- 父母以外の18歳以上65歳未満の方と同居の場合は、その方の証明の提出は任意ですが、提出のない場合、新規入所及び転所希望の審査の際、不利となります。
- ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072-620-1638]

①内職従事者の氏名	②児童との続柄		父 ・ 母 ・ その他 ()
③作 業 時 間	午前 (時 分 ~ 時 分)	午後 (時 分 ~ 時 分)	
④内 職 の 種 類	⑤内 職 開 始 年 月		年 月
⑥1日平均収入	円	⑦稼働日数 (1か月)	日
(保護者の申請欄) 上記のとおり内職に従事していることを申告します。			令和 年 月 日
保護者氏名..... 印			
(発注者の証明欄)			
⑧最近の3か月の 賃金支給額	令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分
	円	円	円
上記申告者に対し、次のとおり賃金を支払っていることを証明します。			令和 年 月 日
発注者所在地.....			
事業所名.....			
代表者名..... 印			

記入例

①内職従事者の氏名	茨木 花子		②児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()
③作 業 時 間	午前 (9 時 00 分 ~ 12 時 00 分)	午後 (13 時 00 分 ~ 16 時 00 分)		
④内 職 の 種 類	装飾品作成		⑤内 職 開 始 年 月	平成29 年 6 月
⑥1日平均収入	800 円	⑦稼働日数 (1か月)	22 日	
(保護者の申請欄) 上記のとおり内職に従事していることを申告します。			令和 2 年 10 月 10 日	
保護者氏名..... 茨木 花子 印				
(発注者の証明欄)				
⑧最近の3か月の 賃金支給額	令和 2 年 7 月分	令和 2 年 8 月分	令和 2 年 9 月分	
	17,600 円	16,000 円	16,800 円	
上記申告者に対し、次のとおり賃金を支払っていることを証明します。			令和 2 年 10 月 31 日	
発注者所在地..... 大阪市北区〇〇町△-×				
事業所名..... 〇×商会				
代表者名..... 北摂 三郎 印				

別紙6（うら）

（年度）

（在籍または第1希望保育所等名）

（児童氏名）

（児童生年月日）

令和	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申 込		年 月 日
年度	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申 込		年 月 日

※追加でご提出の場合は、上記の太枠内を保護者が必ずご記入ください。記入がない場合、申請内容を受付できない場合があります。

病気・介護（看護）証明書

- この証明書、あるいは同内容を含んだ診断書の提出をお願いいたします。
- 下記内容に相違した場合は、入所後であっても施設・事業を利用できなくなる場合があります。
- 出産に伴う傷病の場合は、母子手帳の写しをあわせてご提出ください。
- 父母以外の18歳以上65歳未満の方と同居の場合は、その方の証明の提出は任意ですが、提出のない場合、新規入所及び転所希望の審査の際、不利となります。
- ご不明な点がある場合は、茨木市保育幼稚園事業課までお問い合わせください。[TEL 072-620-1638]

①傷病等の家族名			②児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()	
③傷病等の名称					
④介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況					
⑤通院・入院の期間	通院 週	回	入院	年	月 日～ 年 月 日
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。			令和 年 月 日		
医療機関					
住 所					
氏 名 印					

記入例

①傷病等の家族名	茨木 花子		②児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()	
③傷病等の名称	〇〇病				
④介護（看護）の必要の度合または児童の保育が困難な状況	令和2年9月ごろから〇〇病により、投薬で自宅療養中。 △△や□□の症状があり、日中の児童の保育が困難である。				
⑤通院・入院の期間	通院 週	1 回	入院	年	月 日～ 年 月 日
上記のとおり児童の保育ができないことを証明します。			令和 2 年 10 月 31 日		
医療機関 〇〇病院					
住 所 茨木市〇〇町△-□					
氏 名 医師 高槻 太郎 印					