

# 記入例

※記入前にお読みください。  
 ※修正がある場合は二重線で訂正してください。  
 ※当てはまる事由に☑を記入のうえ、必要事項を記入してください。  
 ※就労先が法人の場合は、別様式「就労証明書」をご提出ください。

・看護等」, 「就学」, 「内職」の場合は, この様式に

## することの申告書(証明書)

・子育て支援制度用>

※油性ボールペンなど, 容易に消えないもので記入してください。

(消えるペンは使用しないでください)

申告書の対象となる方を記入してください。  
 父・母ともに対象となる場合, それぞれについて記入が必要となります。

保護者氏名	仙台 太郎	日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
児童氏名① 生年月日	仙台 すみれ 平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日( 〇 歳)	利用(第1希望)保育施設等名	〇〇保育園
児童氏名② 生年月日	仙台 さくら 平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日( 〇 歳)	利用(第1希望)保育施設等名	〇〇保育園

下記の事項について事実と相違ないことを申告してください。

事業主の方が記入してください。

居住している住所と事業所の所在地を, それぞれ記入してください。  
 住所と事業所が同一の場合は, 事業所の所在地欄の「同上」に☑を記入してください。

事業内容は具体的に記入してください。また, 業務中に危険物を取り扱う場合は, 対象物を記入してください。

自営業 ※法人の場合は, 別途様式「就労証明書」をご提出ください。

氏名	仙台 太郎			<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者 <input type="checkbox"/> その他
就労者住所	〒000-0000 仙台市〇〇区〇〇町一丁目1-1-101号			
事業所の所在地	<input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所の住所(〒000-0000 仙台市△△区△△町10-10号)			
事業内容(具体的に)	頭髪のカット, マッサージ, 洗髪など	事業開始年月日	平成〇〇年 〇 月 〇 日	
事業所外における就労の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	危険物の取扱の有無(大型機械・劇薬・火気・刃物等)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(対象物: 洗髪用のはさみ, カミソリなどの刃物)	
就労日	1週あたり( 6 )日 <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日	※就労する曜日に☑を入れてください。	※変則勤務の場合	1週あたり( )日
就(24時間)記入ください	日	( 8 )時間( 〇〇 )分	( 10 )時( 〇〇 )分 ~ ( 19 )時( 〇〇 )分	
	曜	( 8 )時間( 〇〇 )分	( 10 )時( 〇〇 )分 ~ ( 19 )時( 〇〇 )分	
	日	( 6 )時間( 〇〇 )分	( 10 )時( 〇〇 )分 ~ ( 17 )時( 〇〇 )分	
変則勤務の場合	1週あたり( )時間 ※休憩時間を含んだ時間をご記入ください			
就労日数	前々月( 10 )月分 ( 22 )日	前月( 11 )月分 ( 20 )日		
特記事項				
記載年月日を必ず記入してください。	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	事業所の住所	仙台市△△区△△町10-10号	
		事業所の名称	〇〇〇〇〇	
		事業主氏名	仙台 太郎	
		事業所の電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

求職活動 ⇒  ①保育施設等の利用を開始できたら求職活動を行う  
 ②現在, 求職活動を行っている

①②いずれかに必ず☑を記入してください。

※指定する期日までに保育を必要とすることの証明を提出できない場合は, 認定期間満了となり, 保育施設等利用中の場合は保育施設等を退所となることに異議ありません(ただし, 教育・保育給付認定2・3号認定申請の場合のみ)。

就労経験	<input checked="" type="checkbox"/> あり(平成〇〇年 〇〇 月 ~ 令和〇 年 〇〇 月 まで)		
退職理由	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 倒産・失業 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> なし		
上記「②現在, 求職活動を行っている」に該当の方は以下を記入してください。			
求職活動の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ハローワークに行っている <input type="checkbox"/> 求人情報誌や新聞の求人広告を見て会社訪問をしている <input type="checkbox"/> 起業準備を行っている <input type="checkbox"/> その他( )		
求職活動時間	1週あたり平均( 4 )日	1日あたり平均( 6 )時間	
求職対象の職種	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )		

②に☑を記入した場合, こちらも記入してください。

裏面もご確認ください

**介護・看護等**

介護・看護する方	氏名	仙台 太郎	児童との続柄	父・母・その他( )
介護・看護される方	氏名	フガナ センダイ のりこ	児童との続柄	祖父・祖母・その他( )
		仙台 のり子 (年齢 80 歳)		
<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: )				
介護・看護を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 種 1 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B			
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2) <input type="checkbox"/> その他(病名等: )			
デイサービスの利用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している(サービスの内容: )			
介護・看護の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅介護・看護	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事補助 <input type="checkbox"/> 衣服着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助 <input type="checkbox"/> 排泄補助 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院の付き添い	入院・通院先(医療機関名: )	所在地: )	
	<input type="checkbox"/> 施設通所の付き添い	通所先(施設名: )	所在地: )	
介護・看護の日数・時間	1か月あたり( 120 )時間	1週あたり( 5 )日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ※介護・看護を行う曜日に☑を入れてください		
	1日あたり( 6 )時間	( 9 )時( 00 )分 ~ ( 15 )時( 00 )分 ※24時間表記でご記入ください		
その他具体的な介護・看護内容				
添付(確認)書類	<input type="checkbox"/> 診断書の原本または写し★ <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し◆ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し◆ <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し◆ <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し◆ ※介護・看護される方が別居の場合、その世帯全員の住民票(仙台市以外に住民登録がある場合のみ)及びその世帯全員が介護・看護できないことを証明する書類を添付してください。 ※★の書類は添付が必要です。 ※◆の書類は、マイナンバーを使用し本市担当課や他自治体等関係機関等へ情報照会を行い確認しますので、添付不要です。 ただし、療育手帳・介護保険被保険者証は仙台市に住民登録している方のみ情報照会可能です。			

**就学**

就学者氏名	仙台 太郎	児童との続柄	父・母・その他( )	
学校名	〇〇専門学校	就学期間	(令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日)	
学校の種類	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input checked="" type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 各種学校 <input type="checkbox"/> その他( )			
就学日数・時間	1週あたり	<input checked="" type="checkbox"/> 5日以上 <input type="checkbox"/> 4日 <input type="checkbox"/> 3日 <input type="checkbox"/> その他( )		
	1日あたり	<input checked="" type="checkbox"/> 7時間以上 <input type="checkbox"/> 6~7時間 <input type="checkbox"/> 5~6時間 <input type="checkbox"/> 4~5時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> その他( )		
就学の時間帯(24時間表記でご記入ください)	月	( 9 )時( 00 )分~( 17 )時( 00 )分	火	( 9 )時( 00 )分~( 17 )時( 00 )分
	水	( 9 )時( 00 )分~( 17 )時( 00 )分	木	( 9 )時( 00 )分~( 17 )時( 00 )分
	金	( 9 )時( 00 )分~( 17 )時( 00 )分	土	( )時( )分~( )時( )分
	日	( )時( )分~( )時( )分		
	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※通信制の場合、事業者発行のカリキュラム等により時間的な拘束性があることを確認できる書類の提出があれば認められる場合がありますのでご相談ください。		

**内職の場合**

内職従事者氏名	仙台 太郎			
内職従事者住所	〒000-0000 仙台市〇〇区〇〇町一丁目1-1-101号			
保護者記載欄	希望開始日時点の就労状況を記入してください。	〇〇の制作	内職開始時期	令和〇年 〇 月
		1か月あたり( 20 )日 ・ 1週あたり( 5 )日		
		1日あたり( 120 )時間 ・ 1週あたり( 30 )時間 ・ 1日あたり( 6 )時間		
時間帯(24時間表記でご記入ください)	時間帯①	<input checked="" type="checkbox"/>	※曜日等により標準的な時間帯が異なる場合など、定期的に異なる就労時間帯を組み合わせている場合は、3パターンまで、各パターンごとに標準的な就労時間帯を記載してください。	
	時間帯②	<input type="checkbox"/>	※複数パターンの就労時間帯を記載する場合、主たる就労時間帯が決まっている場合は当該時間帯を①に、決まっていない場合は一月当たりの勤務回数の多い時間帯を①としてください。	
	時間帯③	<input type="checkbox"/>		
支給額	前回( 11 )月分	( 〇〇, 〇〇〇 )円	前回( 12 )月分	( 〇〇, 〇〇〇 )円
委託者証明欄	上記のとおり証明します。		委託者事業所の住所 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇	
	委託者の方に記入いただけてください。		事業所の名称 株式会社〇〇〇〇〇	
			事業主氏名 代表者 〇〇 〇〇	
	証明日 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日		事業所の電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

※保護者の方が、事業所名が記名されている証明書類(電子データを含む)を無断で作成又は改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。