

# 入所理由証明書

年 月 日

※該当する項目に○印および必要事項を記入及び証明印をもらってください。

※証明欄以外の項目も原則、証明する代表者(雇用主)に記入してもらってください。記入の際、訂正が生じた場合は、その代表者の印をもって正してください。

保育所名	保育所(園)	児童氏名	( 歳児)
保護者等氏名			( 歳児)
児童との関係	父・母・( )		( 歳児)

## 就労等の状況

1.居宅外労働	正社員・パート・日雇・自営業(自宅周辺以外)・その他( )			
	勤務先	事業所名		電話
		所在地		
	就労状況	年 月から就労	平日	: ~ :
	仕事の内容		土曜日	: ~ :
	基本給	円/月・日・時間・歩合	残業	なし・あり 週( )回程度
	年収(見込)	円	土曜日	: ~ :
	最近2ヵ月分の総支給額	月分 円		全休・全出勤・第 土曜出勤・シフト勤務
	就労日数	1日平均 時間	月平均 日	
	通勤方法		1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日( )時間×月( )日 = ( )時間
	所要時間	時間 分		
	最近3ヵ月分の勤務日数	月分 日	月分 日	月分 日
	産休明け復職予定日	年 月 日	育児休業の復職予定日	年 月 日
	育児休業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
2.居宅内労働	自営(経営・専従)		内職	
	事業所	名称	発注先	名称
		電話		電話
	仕事の内容		仕事の内容	
	就労状況	年 月から開始	就労状況	年 月から開始
1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日( )時間×月( )日 = ( )時間	1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日( )時間×月( )日 = ( )時間	
3.保護者の疾病・障害	傷病名	障害	1級・2級・3級・ 級	
	症状等			
	治療期間	通院・入院	週・月 回	年 月 日から約 ヵ月
4.妊娠・出産	出産(予定)日	年 月 日	産前産後休暇取得開始日	年 月 日
5.介護・看護	介護を受ける人	続柄:	介護等の場所	
	傷病名等		症状等	
	介護の状況		障害等	1級・2級・3級・ 級
6.家庭の災害	《状 況》			
7.求職活動(※)	年 月 日退職 ・ 年 月 日就労予定			
8.その他				

## 証明欄(雇用主・事業主・医師・発注先等が証明)

田尻町長様 年 月 日  
 上記のとおり相違ありません。

所在地 印  
 名称・代表者名 担当者名  
 電話

証明いただいた内容についてお伺いする場合がありますので、担当者の方のお名前は必ず記入してください。

※求職活動を理由として入所された方は、入所後90日以内に就労を証明する旨の入所理由証明書を提出してください。提出のない場合は退所となります。