

入所理由証明書

令和2年10月12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	田尻町立 保育所(園)	児童氏名	田尻 一郎	(5歳児)
保護者等氏名	田尻 太郎		2歳以上保育希望の方はご記入ください。	(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	山川産業株式会社	
		所在地	大阪市〇〇区×× 電話 06-〇〇〇〇-△△△△	
	就労状況	平成10年 4月から就労	平日	9:00 ~ 18:00
	仕事の内容	営業		: ~ :
	基本給	300,000円/○日・時間・歩合	残業	なし・○あり 週(2)回程度
	年収(見込)	5,000,000円	土曜日	: ~ :
	最近2ヵ月分の総支給額	8月分 320,000円		○全出勤・第 土曜出勤・シフト勤務
	の総支給額	9月分 350,000円	残業	なし・あり 月()回程度
	就労日数	1日平均 8 時間 ・ 月平均 21 日		
	通勤方法	電車	1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日(8)時間×月(21)日
	所要時間	1 時間 30 分		= (168)時間
	最近3ヵ月分の勤務日数	7月分 22日	8月分 20日	9月分 21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	1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日()時間×月()日	
	= ()時間		= ()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
上記のとおり相違ありません。

所在地 大阪市〇〇区××

名称・代表者名 山川産業株式会社 代表 山川 豊

電話 06-〇〇〇〇-△△△△

令和2年10月12日

【会社の印鑑をお願いします。】

株式会社
山川
産業

担当者名

【 田中 】

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。

入所理由証明書

令和2年10月12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	田尻町立 保育所(園)	児童氏名	田尻 一郎	(5歳児)
保護者等氏名	田尻 春子		2子以上保育希望の方はご記入ください。	(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	さくら食堂		
		所在地	泉佐野市日根野〇〇番地	電話	072-〇〇〇〇-△△△△
	就労状況	令和 2年 4月から就労	平日	9:00 ~ 14:00	
	仕事の内容	接客		13:00 ~ 18:00	
	基本給	900円/月・日・時間歩合	残業	なし・あり 週()回程度	
	年収(見込)	1,000,000円	土曜日	9:00 ~ 14:00	
	最近2ヵ月分の の総支給額	8月分 80,000円 9月分 90,000円		全休・全出勤・第 土曜出勤・パート勤務	
	就労日数	1日平均 5 時間 ・ 月平均 15 日			
	通勤方法	車	1ヵ月の 実労時間 (休憩除く)	1日(5)時間×月(15)日 =(75)時間	
	所要時間	時間 15 分			
	最近3ヵ月分の勤務日数	7月分 15日	8月分 15日	9月分 17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
上記のとおり相違ありません。所在地 泉佐野市日根野〇〇番地
名称・代表者名 さくら食堂 代表 桜花子
電話 072-〇〇〇〇-△△△△

令和2年10月12日

【店舗の印鑑をお願いします。】

さくら
食堂

担当者名

松本

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。

入所理由証明書

令和2年10月12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	田尻町立 保育所(園)	児童氏名	田尻 一郎	(5歳児)
保護者等氏名	泉州 空男		2子以上保育希望の方はご記入ください。	(歳児)
児童との関係	父・母・(祖父)			(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		: ~ :
	最近2ヵ月分の総支給額	月分 円	土曜日	全休・全出勤・第 土曜出勤・シフト勤務
	の給付額	月分 円	残業	なし・あり 月()回程度
	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 泉空商店	発注先	名称
		電話 072-0000-△△△△		電話
	仕事の内容	金物販売		仕事の内容
	就労状況	昭和60年 4月から開始		就労状況
		9:00 ~ 17:00		: ~ :
1ヵ月の実労時間(休憩除く)	1日(7)時間×月(21)日 =(147)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	
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
上記のとおり相違ありません。所在地 田尻町吉見〇〇
名称・代表者名 泉空商店
電 話 072-0000-△△△△

令和2年10月12日

【店舗の印鑑をお願いします。】

泉空商店

担当者名

〔 山田 〕

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。

入所理由証明書

令和2年10月12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	田尻町立 保育所(園)	児童氏名	田尻 一郎	(5歳児)
保護者等氏名	泉州 海江		2歳以上保育希望の方はご記入ください。	(歳児)
児童との関係	父・母・(祖母)			(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		: ~ :
	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	慢性関節リウマチ	障害	1級 2級 3級 級
	症状等	関節障害により療養を要す		
	治療期間	通院・入院	週・月 2 回	令和2年 9月 1日から約 12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

上記のとおり相違ありません。

所在地 大阪市〇〇区△△

名称・代表者名 府立〇△病院 担当医 野口 日出男

電 話 06-〇〇〇〇-△△△△

令和2年10月12日

【医師の印鑑をお願いします。】

野

担当者名

〔 北里 〕

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。