



甲州市



保育所(園)・認定こども園等 令和6年度入所手続きのご案内



目次

教育保育の給付認定	1
教育・保育の必要性に応じた支給認定区分	1
新規入所の申込みについて	1
支給認定の有効期間について	1
保育を必要とする事由」と保育必要量の認定区分	2
申込みに必要な書類	3
支給認定の変更届について	4
退所について	4
入所中に市外へ転出する場合	4
入所継続の手続きについて	4
利用者負担額(保育料)について	5・6
副食費について	5
申請書等の記入例	7~11

甲州市役所 子育て・福祉推進課 子育て福祉担当
0553-32-5081(直通)



教育・保育の給付認定

保育所や認定こども園等の利用を希望する場合、教育・保育の必要性に応じた「支給認定」を受ける必要があります。

教育・保育の必要性に応じた支給認定区分

3つの認定区分があり、保育の必要性に応じて支給認定証が交付されます。

支給認定区分		年齢	保育の必要性	利用施設
1号認定	教育標準時間	満3歳以上	なし	認定こども園(幼稚園部分) 幼稚園
2号認定	保育標準時間	満3歳以上	あり	認定こども園(保育所部分) 保育所(園)
	保育短時間			
3号認定	保育標準時間	満3歳未満	あり	
	保育短時間			

※保育標準時間:1日最長11時間の利用が可能 ※保育短時間:1日最長8時間の利用が可能

新規入所の申込みについて

●4月1日の入所について

新年度からの入所申込みの受付を、11月1日から11月 10 日(土日祝日を除く)まで行います。

※市外の保育所等を希望する場合

保育所等が所在する市町村に受付期限を確認し、期限の 10 日前までに甲州市へ書類を提出してください。

●年度途中の入所について

入所を希望する前月の20日までにお申込みください。

入所の開始時期は、基本的には各月の1日からとなります。



支給認定の有効期間について

交付される支給認定には、有効期間があります。

保育を必要とする2号認定・3号認定については保育を必要とする事由により、有効期間が異なります。

有効期間後も継続して入所する場合には保育を必要とする事由等の変更が必要となります。

なお、満3歳の誕生日を迎えた場合には、3号認定から2号認定に自動で切り替えとなりますが、特に変更届等の提出は必要ありません。

「保育を必要とする事由」と保育必要量の認定区分

2号認定・3号認定については、保護者について、保育を必要とする事由に該当するかを確認し、「保育の必要量」(保育が必要な時間)として、保護者の状況等に応じて、「保育標準時間」と「保育短時間」のいずれかの認定を受けることとなります。

保育を必要とする事由・認定期間		保育の必要量	
就労 (就学前まで)	就労している ※月48時間以上の就労が必要 ※育児休業から復帰する場合…復帰日から起算して14日前(日曜・祝日を除く)の日が属する月の初日から就労として認定可能	標準時間 就労時間が 120時間以上/月 ※通勤時間含む	短時間 就労時間が 120時間未満/月 ※通勤時間含む
妊娠出産 (産前2ヶ月から産後3ヶ月まで)	母親が出産の前後である	標準時間	
疾病・障害 (必要とする期間)	病気、負傷または心身に障害がある	標準時間	
介護・看護 (必要とする期間)	同居の親族の介護・看護している	標準時間 介護・看護時間が 120時間以上/月	短時間 介護・看護時間が 120時間未満/月
災害・復旧 (必要とする期間)	災害の復旧にあたっている	標準時間	
求職活動 (3ヶ月)	求職活動(起業の準備を含む)をしている	短時間	
就学・職業訓練 (在籍期間)	在学または職業訓練を受けている ※月48時間以上の就学等が必要	標準時間 在学・訓練時間が 120時間以上/月 ※通学等時間含む	短時間 在学・訓練時間が 120時間未満/月 ※通学等時間含む
虐待・DV (必要とする期間)	日中子供が家庭にいないことが適当でない場合等	標準時間	
育児休業 (育児休業期間)	育児休業取得時に、既に入所している子どもがいて継続入所が必要な場合	短時間	

申込みに必要な書類

申請書類は、甲州市役所子育て・福祉推進課または市内保育所(園)、認定こども園にあります。また、甲州市ホームページにも掲載されています。

- ① 支給認定申請書(兼施設入所申込書)(施設型給付費・地域型保育給付費等)
- ② 保育を必要とする証明書(下記参照)

保育を必要とする事由	保育を必要とする証明書
就労	<input type="checkbox"/> 就労証明書 ※会社員・パート・公務員…… 事業所の証明 が必要 ※自営業・農業……… 居住地の民生委員の証明 が必要
妊娠出産	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し ※表紙及び分娩予定日を記入するページの写し
疾病・障害	<input type="checkbox"/> 保育にあたれない証明【働いていない場合】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し ※疾病の場合は証明書に医師の証明が必要
介護・看護	<input type="checkbox"/> 保育にあたれない証明【働いていない場合】 ※居住地の民生委員の証明が必要
災害・復旧	子育て・福祉推進課に相談してください。
求職活動	<input type="checkbox"/> ハローワークカードの写し <input type="checkbox"/> 起業準備中の場合は、公的機関に提出する事業計画書や事業所の建設または賃貸契約等確認できるもの
就学・職業訓練	<input type="checkbox"/> 保育にあたれない証明【働いていない場合】 <input type="checkbox"/> 在学証明書等
虐待・DV	子育て・福祉推進課に相談してください。
育児休業	<input type="checkbox"/> 就労証明書 ※会社員・パート・公務員…… 事業所の証明 が必要 ※自営業・農業……… 居住地の民生委員の証明 が必要 <input type="checkbox"/> 育児休業による保育の実施申立書

③ 該当時に提出する書類

次の状況に該当する場合は、該当する証明書を提出してください。

状況	証明書等の種類
ひとり親世帯	児童扶養手当証書またはひとり親医療費資格者証の写し、もしくは戸籍謄本添付
生活保護を受給している世帯	生活保護受給証明書の写し
在宅障害者がいる世帯	障害者手帳の写し
児童を里親またはファミリーホームが委託されている場合	委託されていることがわかる証明書の写し

④ 甲州市口座振替依頼書(認定こども園、幼稚園、市外公立保育所の場合は不要です。)

※山梨中央銀行、甲府信用金庫、山梨信用金庫、山梨県民信用組合、フルーツ山梨農業協同組合、ゆうちょ銀行のみとなります。

支給認定の変更届について

支給認定を受けた方について、世帯の状況や保育を必要とする事由などの変更があった場合には、変更届の提出が必要です。

書類は、各施設及び市役所子育て・福祉推進課にあります。

【変更届が必要な事例】

- 家庭状況の変更(離婚、婚姻、転居等)
- 保育を必要とする事由変更(求職活動⇒就労、就労⇒妊娠出産、妊娠出産⇒育児休業 等)

【変更届に必要な書類】

- ① 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請内容変更届
- ② 就労証明書等



退所について

施設の退所が決まりましたら、各施設へ退所届を提出してください。(市外の施設については子育て・福祉推進課に提出)

入所中に市外へ転出する場合

退所届を提出してください。甲州市の施設を引き続き利用する場合も退所届は提出し、転出先にて改めて入所の手続きが必要です。

入所継続の手続きについて

毎年11月に、翌年度も入所を継続するための手続きとして、現況届の提出が必要です。市内の施設を利用されている方には施設から連絡があります。市外の施設を利用されている方は、市から通知が届きます。

利用者負担額(保育料)について

(1)算定について

保護者の「市民税額(税額控除前)」により利用者負担額を算定します。父母の収入が少ない場合は、同居する祖父又は祖母分を算定に含めることがあります。「同居」とは、実態として「同一敷地内に住んでいる」ことをいい、世帯分離している場合でも「同居」とみなします。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
令和5年度市民税額により算定 (令和4年中の収入等)						令和6年度市民税額により算定 (令和5年中の収入等)					

※甲州市において住民税が課税されていない場合は、マイナンバーを用いて他市町村に課税情報を照会いたしますので、マイナンバー等の提出のご案内をさせていただきます。

(2)納入先について

保育所(園)	市内	私立	甲州市に納入(口座振替)
		公立	振替日は毎月月末
	市外	私立	※振替日が土日祝日の場合は翌営業日。12月分は25日。
		公立	保育所(園)の所在する市町村に納入
認定こども園 幼稚園			各園に納入

(3)階層表【3歳未満児(年度初日の年齢)階層表】6ページ掲載

教育標準時間認定(1号認定)および保育認定(2号認定、3歳児(年度初日の年齢)以上)の利用者負担額は、令和元年10月から「0円」になりました。

副食費について

1号認定・2号認定(3歳児クラスから5歳児クラス)の副食費は施設への直接の支払いとなります。金額及び納入方法は施設にお問い合わせください。

※公立保育所(甲州市内)・・・月額4,500円。口座振替となります。



以下に該当する方は、副食費が免除されます。

認定区分	対象となる世帯
1号	<ul style="list-style-type: none"> ・市民税所得割額が77,101円未満 ・小3までの子どもから数えて第3子以降
2号(3~5歳児クラス)	<ul style="list-style-type: none"> ・市民税所得割額が57,700円未満 (ひとり親世帯等は市民税所得割額77,101円未満) ・小学校就学前の子どもから数えて第3子以降

<3歳未満児(年度初日の年齢)階層表>

階層区分		利用者負担額(円)
		標準時間
		短時間
第1	生活保護法による被保護世帯	0
第2	市民税非課税世帯	0
第3	10,000円未満	9,000
		8,900
第4	10,000円～25,000円未満	14,000
		13,800
第5	25,000円～48,600円未満	19,000
		18,800
第6	48,600円～57,700円未満	22,000
		21,700
		22,000
第7	70,000円～97,000円未満	24,000
		23,600
第8	97,000円～135,000円未満	30,000
		29,600
第9	135,000円～169,000円未満	36,000
		35,500
第10	169,000円～213,000円未満	39,000
		38,400
第11	213,000円～301,000円未満	40,000
		39,400
第12	301,000円～397,000円未満	43,000
		42,300
第13	397,000円以上	45,000
		44,300

○多子による軽減表

第2子		第3子以降					
—		—					
—		—					
多子カウント年齢制限なし※1	無料	多子カウント年齢制限なし※1	無料				
				小学校就学前から数えて	半額	小学校就学前から数えて	無料

◆母子・父子世帯、在宅障害児(者)のいる世帯、その他の世帯(生活保護法に定める要保護者等特に困窮していると市長が認めた世帯)

階層区分		利用者負担額
市民税非課税世帯		0
市民税所得割額	10,000円未満	4,000
	10,000円～25,000円未満	6,500
	25,000円～48,600円未満	6,500
	48,600円～70,000円未満	9,000
	70,000円～77,101円未満	9,000

※上記世帯は、生計を一にし、監護する第1子の年齢に関わらず、第2子以降は無料。

※1 多子カウント年齢制限なし
生計を一にする監護することについて、年齢に関わらず多子カウントの対象とする。

【多子世帯の減額】

小学校就学前のお子様がお子様2人以上いる場合、最年長のお子様を第1子、その下のお子様を第2子と数えます。第1子は全額負担、第2子は半額、第3子以降は無料となります。第1子が卒園した場合は、それまで第2子だったお子様を第1子と数えます。(※ただし、下記世帯の場合は年齢に関係なく最年長を第1子と数える。)

【所得による減額】

市民税所得割額が169,000円未満で第2子以降が3歳未満(年度初日の年齢)の場合、第1子の年齢に関わらず、第2子以降が無料となります。

⑥

支給認定申請書（施設型給付費・地域型保育給付費）
（兼施設入所申込書）

令和 5 年 11 月 1 日

甲

記入例

地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

また、支給認定等に必要な世帯等の課税状況及び世帯等情報について関係機関へ照会し、決定した利用者負担額を関係施設に提示することに同意します。

保護者住所	甲州市 塩山上於曾 1085-1	
保護者氏名	甲州 太郎	
個人番号		
連絡先	自宅電話	0553-32-21
	携帯電話 父	080-****-*
	母	090-****-****
父母いずれかの住所が市外	父・母 住所：	

押印は必要ありません
（※以下すべてです。）

ふりがな	こうしゅう たんじろう	生年月日	平成 3 年 7 月 14 日
入所児童氏名	甲州 炭治郎	年齢 (R6.4.1現在)	2 歳
個人番号			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合は、記入して下さい。		
保育の希望の有無 (※)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所、認定こども園（保育部分）等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む）【2号認定、3号認定】 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園、認定こども園（教育部分）等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）【1号認定】		
	児童の状態 ・障害の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（障害名： ） ※障害者手帳の写し添付 ・食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（品目： たまご ） ・その他の留意事項（ ）		

◆「保育の希望の有無」の欄で【有】の場合は①～④、【無】の場合は①、②、④に記入して下さい。

①世帯の状況（児童本人を除き、父母、兄弟姉妹、祖父母について記入してください）

※兄弟姉妹は、生計を一にし保護者が監護している子どもを全員記入してください（別居含む）
※祖父母は、世帯が別であっても同一住所であれば記入してください

氏名および個人番号	続柄	年齢 (R6.4.1現在)	同居・別居の別	保育園名等
		昭和 平成 令和	年 月 日	
こうしゅう たろう 甲州 太郎	父	2 年 10 月 16 日 33 歳	同居・別居	農業
こうしゅう はなこ 甲州 花子	母	3 年 11 月 1 日 32 歳	同居・別居	(株)*****
こうしゅう しのぶ 甲州 しのぶ	姉	26 年 2 月 24 日 10 歳	同居・別居	***小学校
こうしゅう かなを 甲州 かなを	祖母	34 年 5 月 19 日 64 歳	同居・別居	無職
		昭和 平成 令和	年 月 日	
		歳	同居・別居	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ 年 月 日保護開始） <input type="checkbox"/> 里親			
	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ※児童扶養手当証書又はひとり親医療費資格者証の写し、もしくは戸籍謄本添付			
	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅障害者のいる世帯(氏名 甲州 かなを 続柄 祖母) ※障害者手帳の写し添付			

②利用を希望する期間、施設（事業者）名

希望期間	令和 6 年 4 月 1 日から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで	
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	
希望施設 (事業者)名	施設（事業者）名 ・ 希望理由	
	第1希望 ○○保育所	<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い(通勤途中) <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟等入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	第2希望 △△保育園	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い(通勤途中) <input type="checkbox"/> 兄弟等入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	第3希望 □□こども園	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い(通勤途中) <input type="checkbox"/> 兄弟等入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
第4希望 ◇◇幼稚園	<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input checked="" type="checkbox"/> 勤務地に近い(通勤途中) <input type="checkbox"/> 兄弟等入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

③保育の利用を必要とする理由等（保育の希望が「有」の場合記入）

父	就労【 <input type="checkbox"/> 会社員等 <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 農業】 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
母	就労【 <input checked="" type="checkbox"/> 会社員等 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業】 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
往復 通勤時間	父： 時間 10 分 母： 1 時間 20 分
希望する 利用時間	希望利用曜日 希望利用時間 月 曜日から 金 曜日まで 8 時 00 分から 17 時 30 分まで
希望する 利用時間区分	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間(11時間まで) ※ 利用時間区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に市で決定します。希望と異なる区分となる場合がありますが、あらかじめご了承ください。 <input type="checkbox"/> 短時間(8時間まで)

以下は、児童手当法により児童手当・特例給付を滞納保育料(利用者負担額)等の支払に充てる旨の申出書となります。

④児童手当等に係る保育料(利用者負担額)等の徴収等に関する申出書

(あて先) 甲州市長

私は、保育料又は副食費（以下「保育料等」という）を滞納した場合(既に保育料等の滞納がある場合はその分を含む)は、児童手当法第21条の規定に基づき、甲州市長から支給を受ける児童手当等の額から、滞納保育料等を当該児童手当等の支払期日をもって支払いに充てる旨を申し出ます。なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、滞納保育料等の支払が完済するまで児童手当等から支払に充てるものとします。

令和 5 年 11 月 * 日

住所：甲州市 塩山上於曾 1085-1

保護者氏名 甲州 太郎

児童氏名 甲州 炭治郎

記入はここまで

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	(事業所番号：)
担当者氏名	
連絡先	
入所契約(内定)の有無	有【契約・内定(年 月 日契約(内定))】 ・ 無
備考	

*市記載欄

受付年月日	
認定の可否	認定者番号
可 ・ 否 【認定日 】	認定区分等
・否とする理由	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給(入所)の可否	支給期間
可 ・ 否 【 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 】	自 年 月 日
・否とする理由	至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
□認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) ・ □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)	
備考	

記入例 ①

(会社員・公務員・パート・内職)

就労証明書

自営業主以外は必ず雇用主が作成してください

※記載要領もご確認のうえ、ご記入ください

代表者名 ☆☆☆ ☆☆☆
 所在地 山梨県甲州市○○◇◇●-●-●
 電話番号 0553 - □□ - □□□□
 担当者名 ★★ ★★
 記載者連絡先 0553 - ◇◇ - ◇◇◇◇

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われ

社印及び代表印の押印は必要ありません

No.	項目	記載欄
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input checked="" type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他()
2	フリガナ	コウシュウ ハナコ
	本人氏名	甲州 花子 生年月日 19XX年●月●日
3	雇用(予定)期間等	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 20XX年4月1日 ~ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 (株)***** 住所 山梨県甲州市○○◇◇●-●-●
5	雇用の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他()
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月間 160 時間 0 分 (うち休憩時間1200分)
		一月当たりの就労日数 月間 20 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日
		平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分 (うち休憩時間 60 分) 土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 日祝 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
		合計時間 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 時間 分 (うち休憩時間 分) 就労日数 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 日 主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月 20XX年◇月 年月 20XX年△月 年月 20XX年□月 ●日/月 ◆時間/月 ●日/月 ◆時間/月 ●日/月 ◆時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
10	産休・育休以外の休業の取得	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 理由 <input type="checkbox"/> 介護休業 <input checked="" type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他() 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
11	復職(予定)年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み 20XX年○月○日
12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日 主な就労時間帯・シフト時間帯 10時0分 ~ 16時0分 (うち休憩時間 60分)
13	保育士等としての勤務実態の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 無
14	備考欄	

民生委員・児童委員確認欄 ※自営業・農業の方は民生委員・児童委員の確認が必要です。

会社員・公務員・パート・内職の方はこちらへの記入は不要です

氏名

就労証明書

記入例 ② (自営業・農業)

※記載要領もご確認のうえ、ご記入ください

証明日 西暦 年 月 日

自営業・農業の方は
お住いの地区の民生委員・児童委員に
下記確認欄への記入をご依頼ください

No.1～No.14は保護者をご記入ください

※変更を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄
1	業種	<input checked="" type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他()
2	フリガナ 本人氏名	コウシュウ タロウ 甲州 太郎 生年月日 19XX年●月●日
3	雇用(予定)期間等	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 20XX年4月1日～ 年 月 日
4	本人就労先事業所	名称 ☆☆☆☆☆ 住所 山梨県甲州市○○◇◇●-●-○
5	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他()
6	就労時間 (固定就労の場合)	月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月間 160 時間 0 分 (うち休憩時間 1200 分)
		一月当たりの就労日数 月間 20 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日
		平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分 (うち休憩時間 60 分)
		土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分) 日祝 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)
就労時間 (変則就労の場合)	合計時間 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 時間 分 (うち休憩時間 分)	
	就労日数 <input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 日	
	主な就労時間帯・シフト時間帯 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)	
7	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月 20XX年◇月 年月 20XX年△月 年月 20XX年□月 ●日/月 ◆時間/月 ●日/月 ◆時間/月 ●日/月 ◆時間/月
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
10	産休・育休以外の休業の取得	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 理由 <input type="checkbox"/> 介護休業 <input checked="" type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他() 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日
11	復職(予定)年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み 20XX年○月○日
12	育児のための短時間勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 20XX年○月○日 ~ 20XX年○月○日 主な就労時間帯・シフト時間帯 10 時 0 分 ~ 16 時 0 分 (うち休憩時間 60 分)
13	保育士等としての勤務実態の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 無
14	備考欄	

農業の方は会社名または経営者氏名をご記入ください

民生委員・児童委員確認欄 ※自営業・農業の方は民生委員・児童委員の確認が必要です。

上記のとおり確認いたしました。 20XX年○月○日
 住所 甲州市○○◇◇●-○-○
 氏名 ☆☆☆ ☆☆☆

民生委員・児童委員はこちらにご記入ください

記入例

保育にあたれない証明【働いていない場合】

保

〇〇保育所

児童氏名

甲州 炭治郎

氏名	甲州 花子	住所	甲州市塩山上於曾1085-1
父	母	その他()	(いずれかを○で囲んでください)

妊娠出産 分娩予定日：令和 5 年 3 月 15 日
※母子手帳の写し（表紙及び予定日の確認できるページ）を添付してください。

障害 身障 療育 精神 その他()
※障害手帳を交付されている場合は手帳の写しを添付してください。

就学 学校名 △△大学 所在地 〇〇市●●□□-□□
※在学証明書等を添付してください。

疾病 入院：令和 5 年 11 月 30 日より見込み ヶ月 ・ 未定
 通院：令和 年 月 日より見込み ヶ月 ・ 未定
※医師により下記証明を受けてください。

証明書			
患者氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
患者住所			
病名			
加療見込期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ・ 未定		
加療の方法	<input type="checkbox"/> 投薬のみ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		
傷病の程度	<input type="checkbox"/> 絶対安静 <input type="checkbox"/> 常時看護人必要 <input type="checkbox"/> その他()		

病院・医師の証明

○上記内容に相違ないことを証明します。

令和 5 年 11 月 * 日

所在地

病院・医師名

看護 介護
患者氏名：甲州 かなを 児童との続柄：祖母
 入院 在宅
※お住いの地区の民生委員・児童委員により下記証明を受けてください。

○上記内容に相違ないことを証明します。

令和 5 年 11 月 * 日

民生委員・児童委員

住所

氏名

民生委員・児童委員の証明