

就 労 証 明 （ 申 告 ） 書

平成 年 月 日

尾張旭市長 殿

(証明者) 所在地
事業所名
代表者名
電話 () 印

次のとおり就労していることを証明(申告)します。

就労者氏名		住所		
勤務地 <small>(証明者事業所と異なる場合のみ記入して下さい。)</small>	(所在地) (名称)		電話	()
就労形態 <small>(○で囲む)</small>	1 外勤 (正社員・正職員) 2 " (パート・アルバイト) 3 内職 4 自営 (居宅内・居宅外・農業) (経営者本人・専従者・その他)			
就労開始日	平成 年 月 日から (産休・育児休業復帰平成 年 月 日)			
就労時間等	平日	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 (実勤務時間 時間 分) 月・火・水・木・金		
	土曜日	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 (実勤務時間 時間 分) 毎週就労・各週休み・毎週休み・その他 ()		
	休日	毎週 曜日 (毎週 日) (毎月 回)		
	特記事項	※変則勤務時間等をこの欄にご記入いただくか、変則勤務時間一覧を添付してください。		
仕事の内容 <small>(具体的に)</small>				
時間給、単価等	パート	時間給 円、日給 円		
	内職	① 製品名	、単価 円、個数	箇
直近3ヶ月の状況	区分	月分	月分	月分
	就労日数	日 (有給休暇含む)	日 (有給休暇含む)	日 (有給休暇含む)
社会保険の状況	記号・番号 () ※被保険者の名義が本人の場合のみ記入してください。国民健康保険の方は必要ありません。			

※ 太枠内は事業主様をご証明下さい。なお証明事項について尾張旭市こども課より確認させていただく場合があります。

※ 記載頂いた内容を訂正する場合は、必ず訂正箇所(訂正印(証明印と同じ)の押印をお願いします。

問合せ先 尾張旭市役所こども課保育係 電話0561-76-8147

※下記は保護者の方をご記入ください。

保護者氏名			
保育園名	園児名	生年月日	
保育園		平成	年 月 日
保育園		平成	年 月 日

記入例

就労証明（申告）書

平成26年10月20日

尾張旭市長 殿

証明書の作成日をご記入ください。

(証明者) 所在地 ○○市○○町○-○
 事業所名 △△株式会社
 代表者名 代表取締役 □□ □□
 電話 ○○○○(○○)○○○○

電話により就労内容を確認させていただくことがあります。

事業
所 印

次のとおり就労していることを証明（申告）します。

就労者氏名	尾張 花子	住所	尾張旭市東大道町原田2600-1
勤務地 (証明者事業所と異なる場合のみ記入して下さい。)	(所在地) (名称) 電話 ()		
就労開始予定の場合は、就労開始予定日をご記入ください。	1 外勤 (正社員・正職員) 2 // (パート・アルバイト) 3 内職 4 自営 (居宅内・)	平日の就労している曜日に○をご記入ください。	産後休暇または育児休暇から復帰する日をご記入ください。
就労開始日	平成20年4月1日から (産前休業) 平成27年4月15日 (産後休業)		
就労時間等	平日	午前・午後 8時30分 ~ 午前・午後 5時00分 (実勤務時間 7時間30分) 月・火・水・木・金	
	土曜日	午前・午後 8時30分 ~ 午前・午後 5時00分 (実勤務時間 7時間30分) 毎週就労・各週休み・毎週休み・その他 (不定期(シフト表による))	
休日	毎週 土・日 曜日 (毎週 日) (毎月 回)		休日についてはいずれかにご記入ください。
特記事項	※変則勤務時間等をこの欄にご記入いただくか、変則勤務時間一覧を添付 別添シフト表のとおり		
仕事の内容 (具体的に)	事務全般		
直近3カ月の就労実績をご記入ください (有給休暇を含む)。	時間給	円	日給
育児休業中等で直近3カ月の就労実績がない場合は記入いただかなくて結構です。	① 製品名	、単価	円、個数 箇
	② 製品名	、単価	円、個数 箇
	7 月分	8 月分	9 月分
	22 日 (有給休暇含む)	22 日 (有給休暇含む)	21 日 (有給休暇含む)
	記号・番号 (1234 ・ 56789)		
	※被保険者の名義が本人の場合のみ記入してください。国民健康保険の方は必要ありません。		

※ 記載頂いた内容を訂正する場合は、必ず訂正箇所には訂正印（証明印と同じ）の押印をお願いします。

問合せ先 尾張旭市役所こども課保育係 電話0561-76-8147

※下記は保護者の方がご記入ください。

保護者氏名		
保育園名	園児名	生年月日
保育園		平成 年 月 日
保育園		平成 年 月 日

延長保育・土曜保育申請書

年 月 日

あさひおっかい保育園
園長 加藤 多美 様

保護者氏名

印

次のとおり申請します。

児 童 氏 名		生 年 月 日			年 齢 区 分					
		平成			0	1	2	3	4	5
		年	月	日						
申請時間	平 日	午前 時 分 ~ 午前 7 時 30 分								
		午後 6 時 30 分 ~ 午後 時 分								
	土 曜 日									

前延長保育利用のため、1か月1000円の徴収とします。

後延長保育利用のため、1か月1000円の徴収とします。

前と後両方の延長保育利用のため、1か月2000円の徴収とします。

あさひおつきい保育園生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ 男・女 平成 年 月 日生（ 歳）

食物アレルギー （あり・なし）	病型・治療	保育園生活上の留意点	【緊急時連絡先】	★保護者 電話：
	A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因 _____） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他（ _____） C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 種実類・木の実類 《 》（ _____） 7. 甲殻類(エビ・カニ) 《 》 8. 果物類 《 》（ _____） 9. 魚類 《 》（ _____） 10. 肉類 《 》（ _____） 11. その他1 《 》（ _____） 12. その他2 《 》（ _____） D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 3. その他（ _____）	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 E. その他の配慮・管理事項(自由記載)		★連絡医療機関 医療機関名 電話
アナフィラキシー （あり・なし）			記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			医師名 _____ ④	医療機関名 _____

【診断根拠】該当するもの全てを《 》内に記載

①明らかな症状の既往

②食物負荷試験陽性

③IgE抗体等検査結果陽性

食物アレルギー 診断書の変更内容報告

提出日 平成 年 月 日

病院名: 保育園名:あさひおつきい保育園
児童名:
担当医師名: 生年月日:H 年 月 日(才)

医師からの具体的指導(指示日) 平成 年 月 日

①医師からの指導内容の変更はありませんでした。

保護者名 (印)

※以上の通り保護者から報告がありましたので、今まで通り対応していきます。

園長 加藤 多美 (印)

②医師からの指導内容の変更がありました。

指示前

指示後

※医師から以上の通り指導がありましたので、給食の内容変更をお願い致します。

保護者名 (印)

※以上の通り保護者から報告がありましたので、上記の変更を行います。

園長 加藤 多美 (印)

病児・病後児保育登録申込書

申込日 平成 年 月 日

あさひおっきい保育園
園長 加藤多美様

保護者名

㊞

病児・病後児保育要綱を十分に理解し、下記児童の登録を申し込みます。

登録児童名	

年 月 日受付

一時保育児登録票

あさひおっきい保育園

(ふりがな) 氏名				平成 年 月 日生(男・女)		
現住所			電話番号			
保護者名(ふりがな)			携帯番号			
家族構成	氏名		続柄	勤務先・住所・会社名・電話番号		
生育歴	出産	第 子		出生体重 g		
	アレルギー(有・無)			その他		
保険証	記号()番号()		病院名	内科 外科		
	保険者番号()			電話番号		
	乳児医療費受給者番号 ()		血液型 型RH(+/-)			
緊急連絡先						
氏名			住所			
園児との関係			電話			