

岡山市立放課後児童クラブ 疾病負傷証明書

医 師 証 明 欄	患者氏名		(年 月 日生)			傷病名				
	診療 見込 期間	入院 外	開始	年 月 日から			入院	期 間	か月間 週間	
			終了予定	年 月 日まで				(予定) 年月日	年 月 日	
	<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center; width: 30px;">症 状</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p>該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。</p> <p>1 1か月以上の入院もしくは入院見込み、常時寝床を要するもの</p> <p>2 1か月以上の安静を要するもの、又は日常生活に支障があり、家庭での児童の育成が困難であると見込まれるもの</p> <p>3 1か月以上、週3日程度の通院加療等が必要であり、家庭での児童の育成に支障があると見込まれるもの</p> <p>4 疾病・負傷による日常生活への影響は軽微で、家庭での児童の育成は可能であると見込まれるもの</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> </div>									
<p>上記のとおり認めます。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 令和 年 月 日 Tel (—) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 所 在 地 </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 医 療 機 関 名 </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 担 当 医 師 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (署名または記名押印) </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>										
<p>※この証明書は証明年月日の記入がない場合及び、医師の署名または記名押印がない場合は無効です。</p>										

※ 医療機関の方へ

この証明書は岡山市立放課後児童クラブへの入所の審査に直接関係するものです。漏れなくご記入いただきますようお願いいたします。

クラブ名		小学校(学園) 児童クラブ	児童名		平成 令和	年	月	日生
					平成 令和	年	月	日生
					平成 令和	年	月	日生

※ この書類を提出する際には、クラブ名、児童氏名、生年月日を必ず記入してください。

(注意事項)

- この用紙は、疾病等のため入所が必要であることを理由に、入所を申請される際に、その証明として添付していただくためのものです。
- 医療機関の証明の内容によっては、入所の要件に該当しないことがあります。(証明欄の「症状」4の場合は非該当)
- 証明を取得する際に医療機関で料金が必要な場合は、個人の負担となります。

岡山市立放課後児童クラブ内職状況申告書

岡山市長 様

令和 年 月 日

住 所
氏 名
児童との続柄 ()

下記の事項について事実と相違ないことを申告します。 ※ 申告内容を記入の上、事業所で証明をしてもらってください。

仕事の内容		
仕事をする場所		
仕事を始めた(再開した)時期		平成 / 令和 年 月 日 から
育児休業取得(見込)期間		平成 / 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
作業時間・日数	1日あたり平均作業時間	午前・後 時 分 から 午前・後 時 分 まで () 時間 () 分 …① (休憩時間 分除く)
	1週間あたり平均作業日数	() 日 × 4週 = () 日 …②
	1か月あたり平均作業時間	【①×②】 () 時間 () 分
	1個あたり作業時間	約 時間 分 秒

※ 日付の記入のないもの及び、『作業時間・日数』欄をすべて記入していないものは無効です。

[業者証明欄]

単 価	前月分支給総額等	前々月分支給総額等
円	(数量 個) 円	(数量 個) 円
備考欄		

上記のとおり ☐ 作業開始している ☐ 作業開始予定である ☐ 育休復帰予定である ことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 Tel (-)

事業所名

代表者名

記載内容の問い合わせ先 担当部署 担当者

電話番号

※証明欄にすべて記入がないもの、及び、該当する口にチェックがついていないものは無効です。

※ 修正液、修正テープ、証明者以外の印による訂正、鉛筆及び消えるボールペンによる記入は無効です。

※ 内容に不明な点があった場合は、電話等で内容を確認させていただくことがあります。

※ 育児休業の制度がない場合で、再雇用の予定があれば、その旨を備考欄に記入してください。

児童氏名等記入欄 (保護者が記入してください)

クラブ名		小学校(学園) 児童クラブ	児童名		平成 令和	年	月	日生
					平成 令和	年	月	日生
					平成 令和	年	月	日生

※ この書類を提出する際には、クラブ名、児童名、生年月日を必ず記入してください。