

付添い状況証明書（小学生以下）

市川市長宛

証明日 年 月 日

施設名

代表者

所在地

電話番号

記入担当者

記入担当者連絡先

下記の児童の付添いについて、以下のとおりであることを証明します。

付添いが必要な 児童	氏 名		生年月日	
付添いへの 未就学児の同行	可 ・ 不可			
主に付添いに あたる保護者 ※複数選択可	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（ ） ・ 不明			
付添いが必要な 期間（見込み）	年 月 日 ～ □ 年 月 日 □ 終了見込み未定			
付添い内容				
付添いにあたる 日数と時間	平均 月 日 / 週 日（月・火・水・木・金・土・日）			
	（曜日： ） 時 分 ～ 時 分 / 1日平均 時間			
	（曜日： ） 時 分 ～ 時 分 / 1日平均 時間			
付添いを必要と する理由				
備考				

【保護者記入欄】

保育を必要とする児童氏名	生年月日	施設名（申請中の場合は第1希望の施設名）
	年 月 日生	（ 申請 ・ 在園 ）
	年 月 日生	（ 申請 ・ 在園 ）

記載例

付添い状況証明書（小学生以下）

市川市長 宛

- この書類は付添いを実施している施設（学校、施設等）が作成してください。
- 作成にあたって施設印は不要です。
- 市から施設の担当者に連絡をとる場合があります。
- 訂正が生じた場合は、二重線で訂正し、記入担当者の訂正印を押してください。

証明日 令和〇年 〇月 〇日
 施設名 〇〇小学校
 代表者 校長 〇〇 〇〇
 所在地 市川市〇〇1-1-1
 電話番号 047-000-0000
 記入担当者 △△ △△
 記入担当者連絡先 同上

下記の児童の付添いについて、以下のとおりであることを証明します。

付添いが必要な児童	氏 名	〇〇 〇	生年月日	RO. O. O
付添いへの 未就学児の同行	可 ・ 不可			
主に付添いに あたる保護者 ※複数回答可	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（ ） ・ 不明			
付添いが必要な 期間（見込み）	令和〇年 〇月 〇日 ～ □ 年 月 日 ☒ 終了見込み未定			
付添い内容	例1) 〇時間目から〇時間目まで保護者が教室に同行している 例2) 児童の入院の保護者が病院に宿泊して付き添っている			
付添いにあたる 日数と時間	平均 月 12 日 / 週 3 日 (月) ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) (曜日： 火 木) 8 時 00 分 ～ 14 時 00 分 / 1 日平均 5 時間 (曜日： 金) 8 時 00 分 ～ 14 時 30 分 / 1 日平均 5.5 時間			
付添いを必要とする理由	例1) 不安感から本人の所属する教室にすることが難しいため 例2) 当院の方針により未就学児の入院には保護者も付き添って入院することが必要なため			
備考	※ 付添いにあたっての時間や状況について、記入欄に書ききれないことがありましたらこちらにご記入ください。			

【この様式についての問い合わせ先】

市川市役所

こども部こども施設入園課

047-711-1785（入園グループ）