

就 労 証 明 書

就労者住所 _____

TEL (_____) _____

就 労 者 名 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

児 童 名 _____ (_____)才 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

児 童 名 _____ (_____)才 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

児 童 名 _____ (_____)才 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※ここまでは、保護者の方がご記入ください

就労開始日	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労開始予定
主な勤務地	
職 種	1.正社員 2.パート 3.内職 4.その他(_____)
内 容	1.一般事務 2.現場 3.専門職 4.その他 (_____) 5.育児休業
就労時間	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで (_____ 時間/日) _____ 日分 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで (_____ 時間/日) _____ 日分 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで (_____ 時間/日) _____ 日分 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで (_____ 時間/日) _____ 日分 1日平均 約 _____ 時間 × 勤務日数 _____ 日 = 1ヶ月 _____ 時間 ※シフト制の場合、それぞれの時間帯が何日分あるか記載してください。
出産・育児 休暇期間	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【事業所】	上記のとおり証明いたします。 <div style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div> 所 在 地 _____ 電 話 番 号 _____ 名 称 _____ (印)

※労働基準法第15条に基づく雇用形態、または労働契約上の正規時間を記入してください。
 ※社印又は代表者印(朱肉を使用する印鑑で押印)のないものは無効となります。
 また内容の訂正をする場合も、二重線と社印や代表者印をお願いします。
 ※本証明書は、子育てのための施設等利用給付認定の申請に使用するものです。
 記載内容について偽りがあった場合、施設等利用給付認定を取り消す場合があります。

○問い合わせ先○ 多度津町健康福祉課 保育所担当

TEL : 0877-33-1134 / FAX : 0877-33-2550

自 営 業 証 明 書

就業者住所 _____

TEL () _____

就業者名 _____ 昭和・平成 年 月 日生

児 童 名 _____ ()才 平成・令和 年 月 日生

児 童 名 _____ ()才 平成・令和 年 月 日生

児 童 名 _____ ()才 平成・令和 年 月 日生

多度津町民生委員 殿

子育てのための施設等利用給付認定申請のため、次のとおり申し立てますので証明願います。

就業状況	就業内容 (具体的に)	
	就業時間	時 分 ~ 時 分まで (時間/日) (時間/月)
店舗及び 事業所名	所在地 電話番号 名 称	⑩
営業時間	時 分 ~ 時 分まで	
従業員数	人 (内訳：家族・親族 人・雇用 人)	
家庭で児童を 保育できない 理由		

※ここまでは、保護者の方がご記入ください

多度津町長 殿

上記について、事実と相違ないことを認めましたので証明いたします。

令和 年 月 日

多度津町
民生委員 _____ ⑩

※記入漏れのないようご注意ください。

※就業内容は、接客や経理事務など具体的に記入してください。

※家庭で保育が出来ない理由についても随時電話や経理をしている、営業の時間帯が多いなど具体的に記入してください