

この用紙は、支給認定及び保育施設の利用にあたり必要な書類です。
 太枠内（事業所記入欄）は、必ず事業所及び自営主が記入してください。
 修正液、修正テープ、消えるペン、赤ペン、鉛筆等を使用した証明書は無効となります。

【記入についてのお問合せ先】
 南国市役所 子育て支援課 電話：088-880-6562

記入例

就労(予定)証明書 (雇用されている方、自営業の方)

南国市

添付①

保護者記入欄				就労・復帰予定の方は、就労開始後1カ月以内に就労・復帰済と確認できる就労証明書の提出が必要です。			
施設名(利用中または第1希望)	児童氏名	生年月日	通勤所要時間				
久礼田保育所 <input checked="" type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 在園 <input type="checkbox"/> 申込中	南国 忍	H 29 . 4 . 5	保育施設→勤務地(片道) <input checked="" type="checkbox"/> 車・バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 約 時間 25 分				

※この証明書に虚偽の記載があったときは、入所決定を取り消すことがあります。

※自宅から保育施設ではありません

<採用(予定)年月日>
 これから就労される場合は就労予定にしてください。

<復帰(予定)年月日>
 育休(または産休)からの復帰(予定)日をご記入ください。

※1入所が... 入所月の翌月14日(1~3月はその月中)までに必ず復職する必要があります。

事業所記入欄		太枠内を保護者の方が記入した場合は無効となります。(保護者が自営主、事務...を除く)					
就労者氏名	南国 花子	生年	S H 2 . 3 . 4				
就労(予定)年月日	H R 24 年 4 月 1 日から	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労予定	該当するものには複数 <input checked="" type="checkbox"/> も可				
産休・育休復帰(予定) *該当する方のみ	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 復帰予定 <input type="checkbox"/> 復帰済	※利用開始月の入所要件に合わせて就労開始				
復帰予定までに入所が内定しなかった場合	<input type="checkbox"/> 育休延長(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 職場復帰	入所が内定した場合に、※1の期間までの育休の短縮が可能か <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
勤務内容等変更(予定)	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 勤務日数 <input type="checkbox"/> 雇用形態 <input type="checkbox"/> その他()	入所が内定した場合に、※1の期間までの育休の短縮が可能か <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				

<復帰できなかった場合>
 育休延長する場合、最長の期間をご記入ください。

<雇用契約期間>
 期間の定めのある契約の場合、ご記入ください。

【重要】
 <ひと月の合計勤務時間>
 ひと月の合計勤務時間数をご記入ください。
 [例] 1日の実働勤務時間 × 1ヶ月の勤務日数

<勤務日数>
 就労での認定基準は、週3日または月13日以上です。基準を満たさない場合、認定

令和 年 月 日まで (契約更新予定 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定)	ひと月の合計勤務時間	午前 約 168 時間	午後 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 30 分 (1日の実働)
ひと月の勤務日数: 平均 21 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	短時間勤務時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分
税申告 *自営業の方は必須	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で源泉徴収をしている <input type="checkbox"/> 本人が税申告(確定申告等)をしている	<input type="checkbox"/> 本人が税申告(確定申告等)をしている	<input type="checkbox"/> 控除対象配偶者に該当する <input type="checkbox"/> その他()

<育児時短勤務>
 取得の予定がある場合は、ご記入ください。

<育児休業>
 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(育児・介護休業法)」に基づく育児休業であること。

直近3ヶ月の勤務実績	令和 3 年 7 月分 勤務日数 20 日/月	令和 3 年 8 月分 勤務日数 21 日/月	令和 3 年 9 月分 勤務日数 19 日/月	※就労予定、産休・育休取得中の方は必須項目ではありません。
産前産後休暇期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
育児休業法に基づく育児休業期間	令和 年 月 日 ~ 復帰(予定)日の前日			
証明年	証明年月日	令和 3 年 10 月 1 日		
事業所所在地	医療法人◇◇会			
事業所名	高知 次郎			
代表者名	南国市大楠乙〇〇—〇			
電話番号	088-000-0000			
記入者	鈴木 一子			
連絡先	088-000-△△△△			

<証明年月日>必ずご記入ください

