

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
〇〇保育所 <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)R 30 . 4 . 5 H・R . . H・R . .	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。  
 また、採用予定日をご記入ください。

保育施設等入所及び施設等利用給付認定のために使用します。  
 支援課から連絡することがあります。  
 この用紙にご自身で記入し、営業の確認ができるものを添付してください。  
 (赤ペン、消えるペン、鉛筆等不可)  
 ための証明者(雇用主)の印を押してください。(修正テープ・修正液不可)

<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 入所希望者、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、事務所を除く)	
就労者氏名	生年	就労(予定)年月日	産休・育休復帰(予定)年月日
南国 花子	(S) 2 . 2 . 28	(H)R 24 年 4 月 1 日から <input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 保育施設等入所次期就労開始 →	R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 復帰予定 <input type="checkbox"/> 復帰済
産休・育休復帰(予定) *該当する方のみ	復職予定	入所が内定した場合、 ※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
復帰予定までに入所が内定しなかった場合	復職済	入所が内定した場合、 ※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)	勤務日数	雇用形態	その他( )
	勤務時間	異動	該当するものには複数 <input checked="" type="checkbox"/> も可

<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。

【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

正社員	臨時・パート・アルバイト	契約社員	派遣社員	内職	その他( )
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)	期間の定めのある契約の場合、ご記入ください。	一月あたりの勤務日数：平均 20 日	一週あたりの勤務日数：平均 5 日	約 160 時間	午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 30 分 (1日の実働 8 時間 0 分)

※勤務時間の体制が複数あり、書ききれない場合はシフト表などを添付してください。

<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、認定ができません。

事業所で源泉徴収をしている	本人が税申告(確定申告等)をしている
事業専従者に該当する	控除対象配偶者に該当する
営業許可証の写し	開業届の写し
登記事項証明書	屋号の確認できる確定申告書の写し
委託契約書の写し	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。

名称: 〇〇病院	就労者の仕事の内容	事務	
所在地: 南国市大涌甲△△-△	電話番号: 088-△△△-〇〇△△		
直近3ヶ月の勤務実績	令和 5 年 7 月分	令和 5 年 8 月分	令和 5 年 9 月分
	勤務日数 20 日/月	21 日/月	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。

<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。

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
証明年月日	令和 5 年 10 月 1 日

<証明年月日>必ずご記入ください

事業所所在地	南国市大涌乙〇〇-〇
事業所名	医療法人◇◇会
代表者名	高知 次郎
電話番号	088-〇〇〇-〇〇〇〇
記入者	鈴木 一子
連絡先	088-〇〇〇-△△△△

