

※保護者 記入欄	施設名	フリガナ 児童名	(年 月 日生)
-------------	-----	-------------	------------

※児童が複数の場合は、連名等で記入してください

就労・就労見込 証明書

(いづれかを○で囲んでください)

茨城町長 宛

所在地

事業所名

代表者名

Ⓜ

電話番号

証明書作成者

Ⓜ

※社印または代表者印がないものは無効です。

下記のとおり当社に就労(就労予定)していることを証明します。

証明日 年 月 日

(必ず記入してください。証明日のないものは無効です。)

就労者	氏名						
	住所						
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生					
勤務先	所在地	※実際の勤務先が上記の事業所所在地と異なる場合に記入してください。					
	部署名 (電話番号)	(電話番号)					
採用(見込)年月日	年 月 日 (期限が決まっている雇用の場合 年 月 日まで)						
雇用契約内容 ※シフトが複数パターンある場合は代表的な3つまでを記入してください。	形態	正社員・パート・派遣・契約・嘱託・その他()				社保(加入・未加入)・共済	
	日数	おおむね月 日就労				定休 / 不定休	
	就労時間	おおむね1日あたり 時間就労 (うち休憩時間: 分)					
	①	時 分から	時 分まで	時間 分(うち休憩 分)			
	②	時 分から	時 分まで	時間 分(うち休憩 分)			
	③	時 分から	時 分まで	時間 分(うち休憩 分)			
内容							
実績 (直近3ヶ月) ※産休・育休等により実績がない場合は記入の必要はありません。	勤務月	月	月	月			
	勤務日数	日	日	日			
	支払額(総支給額)	円	円	円			
産休、育児休業の 取得状況及び予定 ※取得中又は予定のみ記入	産休、育休取得の有無	<input type="checkbox"/> 有 (取得中・予定) <input checked="" type="checkbox"/> の場合は、以下をご記入ください。					
	産前産後休暇期間	年 月 日から	年 月 日まで				
	育児休業取得期間	年 月 日から	年 月 日まで				
	復帰予定日	年 月 日					

<記入上の注意>

※この証明書は、児童の入園にあたり、就労状況について証明するものであり、事実と相違する証明の場合は、入園決定を取り消されることがあります。

※訂正したときは、訂正印が必要です。修正液・修正テープでの訂正及び消せるボールペンで記入されたものは認められません。

就労状況などについてお問い合わせすることがありますので、あらかじめご了承くださいとともに、ご理解とご協力をお願い致します。

【問い合わせ先】茨城町保健福祉部こども課 子育て支援グループ TEL:029-240-7144(直通)

※保護者 記入欄	施設名	フリガナ 児童名	(年 月 日生)
-------------	-----	-------------	------------

※入所児童が複数の場合は、連名等で記入してください

就労状況申告書 (自営業 ・ 農業者用)

(いづれかを○で囲んでください)

茨城町長 宛

事業主住所

氏名(代表者)

印

電話番号

証明書作成者

印

※代表者及び作成者の押印がないものは無効です。

下記の内容について、事実と相違ありません。

申告日 年 月 日

(必ず記入してください。申告日のないものは無効です。)

就 労 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生		
就労(見込)年月日		年 月 日 (期限が決まっている就労の場合 年 月 日まで)		
就 労 内 容	形 態	事業主 ・ 専従者 ・ 手伝い	社保加入 ・ 国保加入	
	日 数	おおむね月 日就労		
	時 間	1 日 時 分から 時 分まで 時間 分(うち休憩 分)		
	内 容 (業 種)	詳しく記入してください:自営業の場合,主たる作業内容		
実 績 (直近3ヶ月)	月分	月分	月分	
	(就労日数: 日) (収入: 円)	(就労日数: 日) (収入: 円)	(就労日数: 日) (収入: 円)	

農業の場合:下記の表におおまかな作業内容を必ずご記入ください。

月	作 業 内 容
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
1	
2	
3	

※ 農閑期における就労状況

外 勤 (就労先:)

その他 ()

<記入上の注意>

※この申告書は、児童の入園にあたり、就労状況について申告するものであり、事実と相違する申告の場合は、入園決定を取り消されることがあります。

※訂正したときは、訂正印が必要です。修正液・修正テープでの訂正及び消せるボールペンで記入されたものは認められません。

就労状況などについてお問い合わせすることがありますので、あらかじめご了承くださいとともに、ご理解とご協力をお願い致します。

【問い合わせ先】茨城町保健福祉部こども課 子育て支援グループ TEL:029-240-7144(直通)