

※就労証明書について、虚偽の記載や偽造、変造（無断作成、改変）した場合は、給付認定及び利用を取り消すとともに、刑法第159条有印私文書偽造罪等の刑事責任を問われることがありますのでご注意ください。

就労事由の場合

大垣市長 宛

就労証明書 【※記入例】



- 就労証明書は大垣市ホームページからもダウンロードできます。
- 記載を訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、正しく記入し直してください。（消せるボールペン等の書き換え可能な筆記具や、修正液・修正テープの使用は不可。）
- 派遣社員の場合は、派遣元で証明してください。
- 出向している場合は、出向元で証明してください。
- 内職の場合、委託元で証明してください。（その他詳細については、市ホームページの「記載要領」及び「よくある質問と回答」をご確認の上、証明してください。）

証明日	西暦	2022	年	×	月	×	×	日
事業所名	●●●●株式会社							
代表者名	代表取締役 ●●●●							
所在地	大垣市●●●●							
電話番号	0584	—	23	—	×	×	×	×
担当者名	大垣 一郎							
記載者連絡先	0584	—	23	—	×	×	×	×

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労

※保護者の自筆不可。必ず勤務先の証明を受けてください。

ります。

No.	項目	<input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input checked="" type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業	
1	業種		
2	フリガナ	材ガキ	ナカ
	本人氏名	大垣 夏子	
3	本人住所	大垣市●●●●	
4	雇用(予定)期間等	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期	期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 20××年 ×月 ××日 ~ 年 月 日
5	就労先事業所名	●●●●株式会社	
6	就労先住所等	就労先住所 (所在地)	大垣市●●●●
		通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車・バス 自宅の最寄り() 就労先の最寄り() <input type="checkbox"/> 徒歩・自転車のみ <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他 ()
7	就労先電話番号	0584 — 23	
8	雇用の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日	合計時間 月間 175 時間 分 (うち休憩時間 1200 分) 一月当たりの就労日数 月間 20 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分 (うち休憩時間 60 分)
10	就労時間 (変則就労の場合)	※直近3カ月の就労実績を記入してください。(内定等で実績がない場合は、今後の就労見込みを記入してください。)	
		※分単位の時間の場合は、1時間に切り上げてください。	
11	就労実績	※日数に有給休暇を含み、時間数に休憩・残業時間を含む	年月 2022 年 9 月 年月 2022 年 8 月 年月 2022 年 7 月 20 日/月 175 時間/月 19 日/月 166 時間/月 20 日/月 175 時間/月
12	産前・産後休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 ※取得予定を含む 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
13	育児休業の取得	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
14	復職(予定)年月日	<input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み 年 月 日	
15	育児のための短時間勤務制度利用有無	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
16	保育士資格等	資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
17	備考欄	※保護者記入欄 必ず記入してからご提出ください。 ※復職予定の場合、入園予定月の翌月7日までの年月日でないと入園不可。	

(※事業者証明欄はここまで)

保護者記載欄

児童名	大垣 太郎	生年月日	202×年 ×月 ××日	本人との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設・事業所等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 利用中 () <input checked="" type="checkbox"/> 申込み中 () ○○保育園				
児童名		生年月日	年 月 日	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設・事業所等の利用状況等	※兄弟姉妹で園利用(予定)の場合は、兄弟姉妹分を記入してください。園が別々となる場合は、必要な人数分をコピーしてそれぞれご提出ください。				
児童名		生年月日			
施設・事業所等の利用状況等					

記入例

就労事由以外の場合

園名	〇〇〇〇園	受付番号	—	児童名	〇〇 〇〇
氏名	〇〇 〇〇 児童との続柄：父・母・祖父・祖母・その他				

状況証明(申出)書

該当する状況の欄にご記入ください。

は該当するところにチェックしてください。

出産	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日 令和 年 月 日 産前6週間前(※)から産後8週間後の入園になります。※多胎妊娠の場合、14週間前
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級程度 <input type="checkbox"/> その他 ()
療養	<input type="checkbox"/> 入院または常に寝ている必要がある <input checked="" type="checkbox"/> その他 (週4日通院が必要) ※必ず医師の診断書が必要です。
親族の介護等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級、要介護4・5程度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級、療育手帳B、精神障害者保健福祉手帳2級、要介護3程度 <input type="checkbox"/> その他 () 〔介護(看護)が必要な方の氏名： 続柄： 同居・別居〕
災害復旧	<input type="checkbox"/> 被害状況：
就学	<input type="checkbox"/> 就学先： 期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
求職活動	<input type="checkbox"/> 入園3か月目の20日までに、就労を証明する書類を提出しない場合、退園となることを承諾します。〔署名欄： 〕 〔求職活動状況： 〕

◎ 障がい(身体障害者手帳1・2・3級、療育手帳A・B、精神障害者保健福祉手帳1・2級を除く)、療養、親族の介護等(要介護以上の認定を受けている場合を除く)の方は、下記の診断書が必要です。

診 断 書			
患者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
病名	〇〇〇〇〇〇病 令和5年4月1日以降の状況		
加療見込期間	令和 4 年 11 月 1 日 ~ 令和 5 年 10 月 31 日		
加療の方法	1. 入院 2. 自宅療養で常に寝ていること 3. その他(週4日通院))		
児童保育の可否	1. 保育困難 2. やや保育困難 3. 保育に支障なし		
親族の介護・看護	1. 必要とする 2. 必要としない		
親族の介護・看護を必要とする場合の程度	1. 身の回りのことを、ほとんどできない 2. 身の回りのことを、自分ひとりでできない 3. 身の回りのことで、何らかの介助を必要とする		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日			
住所 医療機関名 医師氏名 (印)			