

## 就労・復帰（予定）証明書

## 保護者記入欄

就労者氏名	児童との関係	職場への通勤時間・通勤方法
	父・母・（ ）	約 時間 分（自動車・電車・バス・自転車・徒歩）
児童氏名	児童生年月日	在園施設名（在園者のみ記入）

※ この証明書の内容が事実と相違があった場合は、利用給付認定ができません。

この証明書の提出後に内容が変更となった場合は、すみやかに市役所こども課まで届出してください。

この証明書に基づき雇用主等に確認させていただくことがあります。

点線以下は勤務先にてご記入ください

美濃加茂市長 宛

証明日 年 月 日  
事業所名  
代表者名 印  
所在地  
電話番号  
記入者名  
記入者連絡先

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

## 勤務先事業者に関する事項

1	業種	
---	----	--

## 就労者に関する事項

2	ふりがな	
	就労者氏名	
3	就労者住所	

## 就労状態等に関する事項

4	雇用開始(予定)日	年 月 日			
5	雇用期間	無期・有期 (有期の場合)雇用終了日 年 月 日 (更新予定 有・無)			
6	勤務先事業所名				
7	勤務先住所				
8	勤務先電話番号				
9	雇用・就労の形態	自営業・正社員・パート、アルバイト・非常勤・臨時職員・派遣社員・内職・その他( )			
10	就労内容				
11	の(固定就労)	就労日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日	1ヶ月の就労日数	日
		就労時間	時 分 ~ 時 分		
		休憩時間	上記就労時間のうち 休憩時間 時間 分		
12	就労時間・日数(変則就労の場合)	時間 分 (1ヶ月の就労日数 日) 直近3ヶ月の実労働時間の合計を平均した月間の就労時間(休憩時間を除く)および就労日数を記入してください。			
13	復職予定年月日(産休中・育休中以外の者)	年 月 日			
14	復職予定年月日(産休中・育休中の者)	年 月 日			
15	入所以降の短時間勤務制度の利用予定	有・無			
16	短時間勤務制度利用期間中の就労時間	時 分 ~ 時 分			
17	短時間勤務制度利用期間中の休憩時間	上記就労時間のうち 休憩時間 時間 分			
18	備考				

# 誓約書

## 子育てのための施設等利用給付認定申請用

児童名		施設名		受付番号	—
-----	--	-----	--	------	---

就労者氏名		児童との関係	父 ・ 母 ・ ( )
-------	--	--------	-------------

(児童氏名)

私は、求職活動を行うため、\_\_\_\_\_の保育を必要とします。

ただし、児童の施設等利用認定から90日以内に就労開始の分かる書類の

提出ができない場合は、認定が取消になることを了承いたします。

上記のとおり、誓約いたします。

令和 年 月 日

住所 美濃加茂市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

※この誓約書の内容が事実と相違があった場合は、利用給付認定ができません。

この誓約書を提出後に内容が変更となった場合は、すみやかに市役所こども課まで届出してください。

# 申立書

## 子育てのための施設等利用給付認定申請用

児童名		施設名		受付番号	—
-----	--	-----	--	------	---

申立者		児童との関係	父 ・ 母 ・ ( )		
-----	--	--------	-------------	--	--

私は、障がいまたは長期入院など、常時の介護や看護が必要な親族がいるた

(児童氏名)

め、\_\_\_\_\_の保育を必要とします。

また、具体的な状況は下記のとおりです。

[ ]

上記のとおり、申し立てます。

令和 年 月 日

住所 美濃加茂市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

※この申立書の内容が事実と相違があった場合は、利用給付認定ができません。

この申立書を提出後に内容が変更となった場合は、すみやかに市役所こども課まで届出してください。

# 診 断 書

子育てのための施設等利用給付認定申請用

住 所	美濃加茂市					
患者氏名						
生年月日	年		月		日	
病 名 (診断内容)						
この傷病 の初診日	年		月		日	
今後の 治療期間	入院		ケ月			
出産予定日	年		月		日	
安 静 度	臥床を要す		安静を要す		安静を要しない	
看 介 護	常に看介護 を要す		随時一応の看 介護を要す		看介護を 要しない	
日 中 の 育 児	保育(子守り)に 従事することは		不可		可	
上記のとおり診断する。						
年 月 日						
医療機関名						
医師氏名					印	

安静度・看介護・育児の各欄は該当欄に○印を付して下さい。