

別紙様式 1

※給与所得者（会社組織：株式・有限・法人・公官庁勤務者用）

|            |
|------------|
| 利用（予定）施設名  |
| 児童氏名（生年月日） |
| （ 年 月 日生）  |
| （ 年 月 日生）  |

※個人事業主に雇用されている場合、別紙様式2（就労状況報告書）も提出が必要です。

事業主様へ

証明書の内容が事実と相違している場合は、給付認定が取り消しになりますので、正確に記入してくださいようお願いします。

# ① 就 労 証 明 書

|                               |   |         |     |             |
|-------------------------------|---|---------|-----|-------------|
| 就 労 者 名                       | 児童との続柄  | 生年月日    |     |             |
|                               |   | 年 月 日   |     |             |
| 就 労 場 所<br>(勤務先住所)            | 電話番号：( ) —  |         |     |             |
| 就 労 (予定) 年 月 日                | 年 月 日   | から      | 就労中 | ・ 就労予定      |
| 雇 用 形 態                       | 正社員（職員） ・ 契約／臨時 ・ パート ・ その他 ( )<br>※雇用契約期間がある場合： 年 月 日まで（更新等： 有 ・ 無 ） |         |     |             |
| 就 労 内 容                       |   |         |     |             |
| 就 労 時 間 等                     | 時 分 から 時 分 まで   |         |     |             |
| ※必ず正確な時間を記入<br>※記入もれのないように    | ※シフト制等ある場合は詳細（複数の時間）を記入 ※時間外勤務： 有 ・ 無                                 |         |     |             |
|                               | 日平均   | 時間      | 月平均 | 日           |
|                               |   |         | 定休日 | 曜日          |
|                               |   |         |     | 社会保険： 有 ・ 無 |
|                               |   |         | 不定期 | 雇用保険： 有 ・ 無 |
| 給 与 形 態                       | 年俸 ・ 月給 ・ 日給 ・ 時給 : 円   |         |     |             |
| 最近3カ月の総支払額                    | 月分  | 円 ( 日分) | 月分  | 円 ( 日分)     |
|                               | 月分  | 円 ( 日分) | 月分  | 円 ( 日分)     |
| 源泉徴収票の発行予定                    | 発行する ・ 発行しない（理由： )  |         |     | 発行予定日： 月頃   |
| 産休／育休期間                       | 産休 年 月 日から 年 月 日まで  |         |     |             |
|                               | ※法定育児休業取得の場合のみ記入してください。   |         |     |             |
|                               | 育休 年 月 日から 年 月 日まで  |         |     |             |
| 尾道市長 様                        |   |         |     |             |
| 雇用者の就労(予定)内容について、以上のとおり証明します。 |   |         |     |             |
| 年 月 日                         |   |         |     |             |
| 事業主                           |   |         |     |             |
| 所在地                           |   |         |     |             |
| .....                         |   |         |     |             |
| 事業所名                          |   |         |     |             |
| .....                         |   |         |     |             |
| 代表者名                          |   |         |     |             |
| .....                         |   |         |     |             |
| 印<br>会社又は<br>代表者印             |   |         |     |             |
| 電話番号：                         |   |         |     |             |
| (担当者： )                       |   |         |     |             |

### 【注意・確認事項】

※太枠内は必ず事業主が記入してください。

※就職予定の場合は、就職後、再度提出が必要となります。

※育児休業については、雇用保険に基づく育児休業給付金を受給する場合のみ記入してください。

なお、現在雇用契約が継続（締結）していない場合は、育児休業とはなりませんのでご注意ください。

※証明内容を照会する場合がありますので、必ず担当者名の記入をお願いします。

※訂正箇所には、社印又は代表者の印が必要です。

