

【放課後子ども育成教室】就労形態等証明書兼申告書（表面）

住 所	広陵町		
児童氏名		生年月日 (和暦)	年 月 日

※次の①③における就労時間については、A(固定)・B(変則)いずれかの欄を記入してください。

(就労時間は休憩時間を含む)

① 勤 務 証 明 書	氏名			児童との続柄			
	勤務先名	TEL					
	勤務場所						
	雇用形態	正職・パート・その他 ()					
	雇用(予定)期間	無期(年 月 日 採用[予定])・定め有り(年 月 日～ 年 月 日)					
	通勤時間	自宅から勤務先まで 片道 時間 分					
	単身赴任	<input type="checkbox"/> 単身赴任ではない <input type="checkbox"/> 単身(海外)赴任中(赴任先住所:)					
	A 就労時間(固定) ※全て記入してください。						
	<input 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"/> 祝祭日						
	平日	時	分から	時	分まで(1日	時間	分) ※休憩含む
	土曜	時	分から	時	分まで(1日	時間	分) ※休憩含む
	日曜	時	分から	時	分まで(1日	時間	分) ※休憩含む
	土曜出勤日数	1ヶ月あたり		日	日曜出勤日数	1ヶ月あたり	
	合計労働時間	1ヶ月合計		時間	1週間合計		時間
	B 就労時間(変則) ※全て記入してください。						
合計労働時間	1ヶ月合計		時間	合計就労日数	1ヶ月合計		
平均就労時間	平均1週間あたり		時間	平均就労日数	平均1週間あたり		
上記のとおり相違ないことを証明します。							
年 月 日							
所在地							
事業所名							
代表者名 印							
電話番号							
(記入者氏名: 連絡先電話番号:)							

② 内 職 証 明 書	氏 名			児童との続柄		
	内職の種類			内職開始年月	年 月	
	1日の従事時間	時間	分	1週間の従事日数	日	
	1ヶ月の従事時間	時間	分	1ヶ月の従事日数	日	
	上記のとおり申告者に発注していることを証明します。					
年 月 日						
発注者 住所						
事業所名						
代表者名 印						
電話番号						
(記入者氏名: 連絡先電話番号:)						

【放課後子ども育成教室】就労形態等証明書兼申告書（裏面）

③ 自 営 業 申 告 書	氏名		児童との続柄						
	名称(屋号)		業種						
	店舗の所在地		電話番号						
	主な仕事内容		事業主又は協力者	事業主・事業主以外					
	通勤時間	自宅から勤務先まで片道(時間 分)							
	A 就労時間（固定）※全て記入してください。								
		<input 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"/> 祝祭日
	平日	時	分から	時	分まで（1日	時間	分）	※休憩含む	
	土曜	時	分から	時	分まで（1日	時間	分）	※休憩含む	
	日曜	時	分から	時	分まで（1日	時間	分）	※休憩含む	
	合計労働時間	1ヶ月合計		時間	1週間合計		時間		
	B 就労時間（変則）※全て記入してください。								
	合計労働時間	1ヶ月合計		時間	合計就労日数	1ヶ月合計		日	
	平均就労時間	平均1週間あたり		時間	平均就労日数	平均1週間あたり		日	
	上記のとおり相違ないことを証明(申告)します。								
年 月 日 (事業主) 氏名 印 (連絡先電話番号：)									
※事業主の方は、自営していることを証明する書類等を添付してください。 (例：確定申告書(写)、名刺等)									
④ 出 産 ・ 疾 病 ・ 障 が い ・ 看 護 ・ 介 護 申 告 書	出産	出産予定者名							
		出産予定日	年 月 日						
	疾病 障がい 看護 介護	該当者名		児童との続柄					
		病名等		初診日					
		病状等	居宅内						
			入院						
		病院名		通院回数	週	回			
	具体的状況								
	上記のとおり相違ないことを申告します。								
	年 月 日 申告者 住所 氏名 印								
※下記書類のいずれかを添付してください。 1. 母子手帳の写し 2. 診断書 3. 身体障害者手帳等の写し 4. 介護認定の写し 5. 通園(所)証明書									