

(子育てのための施設等利用給付申請用)

記入日: 年 月 日

※裏面に記入例があります。不明な点があれば裏面をご確認下さい。

※修正テープは使用不可。修正する場合は二重線を引き、訂正印を押して下さい。

記入必須！未記入の場合受付不可

勤務証明書

読谷村長 殿

事業所

所在地

代表者名

電話番号

印

記入内容の 問合せ先	担当者名	印
	電話番号	

下記の者について以下のとおり証明します。

氏名	住所 読谷村字		
就職・採用年月日	年 月 日	(採用・採用予定)	
任用期間終了日 (契約期間がある場合のみ)	年 月 日	継続更新(有・無・未定)	
雇用形態	正職員・アルバイト・パート・契約社員・準社員・嘱託・その他()		
経営者との親族関係(有・無)			
勤務形態 / 勤務時間			
固定制		シフト制	
午前・午後 時 分から	午前・午後 時 分	～	午前・午後 時 分まで 実動(h) / 休憩()
午前・午後 時 分まで	午前・午後 時 分	～	午前・午後 時 分まで 実動(h) / 休憩()
実動(h) 休憩()	午前・午後 時 分	～	午前・午後 時 分まで 実動(h) / 休憩()
勤 労 日 数	(契約) 日 / 月	または週	日制 (月 火 水 木 金 土 日)
基 本 給 額	月額(円)・日給(円)・時給(円)	※該当するものを記入	
仕事内容(具体的に書いてください)			
最近3ヶ月の勤務状況及び支給総額(有休含む)		社会保険 (有・無)	
()月分・勤務日数(日)	総支給額(円)	所得税の源泉徴収票 (有・無)	
()月分・勤務日数(日)	総支給額(円)	給与明細 (有・無)	
()月分・勤務日数(日)	総支給額(円)	出勤簿またはタイムカード (有・無)	
産前産後休暇期間	年 月 日	～	年 月 日
育 児 休 業 期 間	年 月 日	～	年 月 日
職 場 復 帰 日	年 月 日	より (確定・予定)	

勤務先(営業所) ※上記事業所と違う場合のみ記入

名 称

所 在 地

代 表 者 名

電 話 番 号

印

※この書類は子育てのための施設等利用給付申請のために使用するものであり、その他の目的に使用するものではありません。

※記入担当者が上記事項をもれのないようにご記入ください。社印(又は代表者印)も必ず押印してください。

保護者 記入欄	児童名	歳 (R5.4.1時点)	利用している施設 名
		歳 (R5.4.1時点)	
		歳 (R5.4.1時点)	

※以下は記入しないで下さい

調査日	H . .	調査印	勤務確認	様
-----	-------	-----	------	---

記入例

(子育てのための施設等利用給付申請用)

記入日: △年 ○△月 ○△日

※裏面に記入例があります。不明な点があれば裏面をご確認下さい。

※修正テープは使用不可。修正する場合は二重線を引き、訂正印を押して下さい。

記入必須! 未記入の場合受付不可

勤務証明書

読谷村長 殿

事業所 ○△産業
所在地 読谷村字高志保○-△-○
代表者名 島袋 ○△
電話番号 982-××××

印

会社印がない場合は代表者の印鑑を押印して下さい。

記入内容の
問合せ先 担当者名 金城 ゆんた
電話番号 098-982-▼▼▼▼

印

下記の者について以下のとおり証明します。

氏名	読谷 鳳	住所	読谷村字 座喜味×××番地
就職・採用年月日	○△年 ○△月 ○△日 (採用・採用予定)		
任用期間終了日 (契約期間がある場合のみ)	●●年 ▼月 ▼日 継続更新 (有・無・未定)		
雇用形態	正職員・アルバイト・パート・契約社員・準社員・嘱託・その他 ()		
経営者との親族関係 (有 無)			
勤務形態 / 勤務時間			
固定制	シフト制		
午前・午後 9時 00分から 午前・午後 6時 00分まで 実働(8 h) 休憩(1 h)	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分まで 実働(h) / 休憩()		
勤務日数	(契約) 日 / 月 または週 5 日制 ((月)火(水)木(金)土(日))		
基本給額	月額(円)・日給(円)・時給(1000 円)※該当するものを記入		
仕事内容(具体的に書いてください) 営業等			
最近3ヶ月の勤務状況及び支給総額(有休含む)		社会保険 (有・無)	
(7)月分・勤務日数(20日)・総支給額(160,000円)		所得税の源泉徴収票 (有・無)	
(8)月分・勤務日数(23日)・総支給額(184,000円)		給与明細 (有・無)	
(9)月分・勤務日数(21日)・総支給額(168,000円)		出勤簿またはタイムカード (有・無)	
産前産後休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
職場復帰日	年 月 日 より (確定・予定)		
勤務先(営業所) ※上記事業所と違う場合のみ記入			
名称		○△産業 嘉手納営業所	
所在地		嘉手納町字兼久○-△-○	
代表者名		島袋 ○△	
電話番号		956-××××	

通勤手当等を含んだ総支給額の記入をお願いします。

産休・育休に入られている場合は、産休前の勤務状況及び支給額の記入をお願いします。

産休・育休に入る方や、入られている方は、こちらも記入をお願いします。

上記会社印と異なる場合、または代表者が異なる場合には押印が必要です。

※この書類は子育てのための施設等利用給付申請のために使用するものであり、その他の目的に使用するものではありません。

※記入担当者が上記事項をもれのないようにご記入ください。社印(又は代表者印)も必ず押印してください。

保護者記入欄	児童名	読谷 座喜味城 4 歳 (R5.4.1時点)	利用している施設名	読谷△△□
		歳 (R5.4.1時点)		
		歳 (R5.4.1時点)		
調査日	H . .	調査印	勤務確認	様

※修正する場合は二重線を引き、記入者の訂正印を押して下さい。

例 (8)月分・勤務日数(23日)・総支給額(~~180,000円~~ 184,000)

金城