

休業(復職)証明書

※勤務先の方が記入していただくようお願いいたします

証明日	年 月 日 ※復職証明の場合、復職日後の証明日でないと無効です。
就労者氏名	(ふりがな)
就労者住所	
休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※休業取得時においては、終了日は予定日を記入してください。
復職日	年 月 日 ※復職した場合のみ記入してください。 ※週3日以上かつ週12時間以上（学童クラブ利用者は、週3日以上かつ午後1時～午後6時までのうち、通勤時間を含む4時間以上）の就労を復職とみなします。

上記の者は、
☐ 育児休業
☐ 介護休業
☐ 傷病休業
☐ その他
()

を ☐ 取得中である
☐ 復職した ことを証明します。

稲城市長殿

事業所名称

代表者氏名

事業所所在地

電話番号

取扱担当者氏名

【保護者記入欄】

- ・下記に児童氏名及び在籍（第一希望）施設名をご記入ください。
- ・この用紙を兄弟姉妹の各施設の申請に兼用する場合は、必ず下記の兼用したい申請施設に☑をご記入ください。

☐認可保育所・保育ママ ☐認定こども園 ☐学童クラブ

児童氏名			
在籍（第一希望）施設名			
	職員記入欄	併用確認 コピー	併用有 ☐ 併用無 ☐ 済 ☐