

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 ※復職証明の場合は、復職日以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
から

- 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、下記の兼用施設に☑をし、コピーをとってそれぞれの窓口に提出してください。

- 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			