**クラブ名　　　　　　　　　　　　　児童氏名　　　　　　　　　　　 生年月日　　Ｈ　　　. .**

**在　職　証　明　書**

勤務している

次のとおり，本事業所に　　　　　　　　　　　　　　　ことを証明します

勤務予定である

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務者氏名 |  | 採用年月日(勤務開始の日) |  | 　　年　　月　　日 |
| 入会児童との続柄 | 父・母・祖父・祖母・兄・姉・（　　　　） | 職務内容 |  |
| 就労する曜日（週平均日数） | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日**１週間平均　　　　　　　　日**勤務 | 産休・育休(現在または予定)（注１） | 　　　 年　　月　　日～　　 　年　　月　　日 |
| 就労時間 | （平日）　　　　　 時　　　 分　～　　　　　　 時　　　 分（土）　　　　　　 時　　　 分　～　　　　　　 時　　　 分 | １日の勤務時間（平均） | 　　　　　時間 |
| １ヶ月の勤務時間（平均） | 　　　　　時間 |
| （注１・注２） | 月～金のうち、勤務が１５時以降になる日（１５時までの勤務の場合は含める）　 **１週間平均　　　　　　　　日**　　入会の要件は**３**日以上です。※この欄は残業等を含めた勤務実績に基づいて必ず記入してください。 | 社会保険加入 | 有　**・**　無 |
| 雇用期間（注３）　 |  | 年　　　月　　　日　～　　　　年 　 　月　 　日 | 継続雇用予　　定 | 有・無・未定 |

【記入要領】

注１　産休・育休予定者は必ず記入してください。育児短時間勤務等の場合は、短縮した時間で記入してください。

注２　就労時間等は、労働契約に基づいて記入して下さい。事業所へ確認をとることがあります。

注３　雇用期間は，雇用契約に期間の定めがない場合，記入の必要はありません。

注４　もれなく記入してください。修正する場合は、事業所等の訂正印を押印して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ※実際の勤務地が証明者の所在地と違う場合に記入してください。 | 勤務地　勤務先名称　　電話番号　（　　　　　）　　　　－ |

一般社団法人 なかよし　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　事業所所在地

　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号（　　　　）　　　－

・勤務予定の場合は、勤務開始後、再度在職証明書の提出が必要です。

・内容確認のため事業所に連絡することがあります。

・事実に相違した場合は、放課後児童クラブを利用できなくなることがあります。

**クラブ名　　　　　　　　　　　　　児童氏名　　　　　　　　　　　 生年月日　　Ｈ　　　. .**

申　　　立　　　書

一般社団法人 なかよし　御中

申立者　氏名

　　　　（児童との続柄　　　　）

次のとおり申し立てます。

１　自営業（※申立者が代表者の場合に限る）

『確定申告書の控』等を確認させていただくことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地 | （℡　　　　－　　　－　　　　） | 名　称 |  |
| 代表者 |  | 業　種 |  |
| 就労曜日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　**１週間平均　　　　　日**勤務 |
| 営業時間 | 時　　　　分　～　　　　時 　　　　分 | 就労日数 | 月平均　　　日 |
| 就労時間 | 時　　　　分　～　　　　時　 　　　分 |
| 仕事の内　　容 |  | 従事開始日 |  |

２　農　業（農作業従事内容申立書を添付してください。）『確定申告書の控』等を確認させていただくことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 耕作場所 |  | 主たる耕作物名 |  |
| 耕作者名(従事者全員) | 　　 　　（続柄　　　） | 　　　（続柄　　　） | 　（続柄　　　） |
| 耕作面積(1反＝10ａ) | 米作　　　　　　　　a | 転作　　　　　　　　　　　a | その他（　　　　）　　　a |
| 従事曜日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　**１週間平均　　　　　日** |
| 従事時間 | 　　　　時　　　分～　　　　時　　　分 | 従事日数 | 月平均　　　　　　　　日 |

３　看護（介護）　　『ケアプラン』等の確認をさせていただくことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護等を受ける人 | 　（続柄　　　　） | 看護開始年月日 | 　　　　　年　　　　月から |
| 手帳所持の場合 | 手帳　　　　　　　　　　　　　 級Ｎｏ．（　　　　　　　）　　　　種要介護度 | 看護従事時間 | 　　時　　分　～　　時　　分 |
| 看護従事日数 | 　　月平均　　　　　日 |
| 看護等の内容 | 該当するものに○をしてください。（在宅・施設への送迎・付添・その他） |

４　その他

|  |
| --- |
|  |