

# 記入例

様式第2号（第5条関係）

勤務証明書

全て事業所の担当者が記入してください。

2025年3月10日

(宛先) 豊中市長

所在地 豊中市庄内幸町●丁目●番●号

法人名 (株)介護豊中

代表者名 豊中 太郎

※勤務証明書の有効期間は発行日から1ヶ月間です。

下記の被雇用者が、下記のとおり勤務していることを証明します。

記

被雇用者 (助成金申込者)	住所	豊中市中桜塚3-1-1	
	名前	豊中 ひかる	
	生年月日	1996年2月15日	
勤務先	事業所又は施設名	デイサービス介護豊中	
	所在地	豊中市庄内幸町●丁目●番●号	
	サービス種類	通所介護	
	勤務期間	2024年9月1日から 現在も勤務を継続している (うち、休職期間 )	
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 勤務日数(週 4日間) 1日の勤務時間( 6時間)		
要綱別表2の介護職員として勤務している6ヶ月の平均就労時間数	令和6年9月1日～令和7年2月28日		
	記入担当者の氏名を必ず記入してください。	週勤務(24)時間(平均)	
		うち、介護職員としての勤務(24)時間(平均)	
事務担当者	●●●●	連絡先	06-XXXX-XXXX

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」としてください。直近6箇月の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を勤務開始日としてください。