

勤務証明書

〇〇年〇〇月〇〇日

豊中市長 様

所在地 〒●●●●—●●●●●  
大阪府●●●●●●●●●●  
法人名 □□法人 □□□□  
代表者名 ▲▲ ▲▲

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<br>(助成金申込者)              | 住所                                                                                                                                       | 大阪府●●●●●●●●●●                          |                   |
|                               | 名前                                                                                                                                       | ▲▲ ▲▲                                  |                   |
|                               | 生年月日                                                                                                                                     | ■■■■年 ■■月 ■■日                          |                   |
| 勤務先                           | 事業所又は施設名                                                                                                                                 | 〇〇〇〇事業所                                |                   |
|                               | 所在地                                                                                                                                      | 大阪府豊中市●●●●●●●●●●                       |                   |
|                               | サービス種類                                                                                                                                   | 居宅介護                                   |                   |
|                               | 勤務期間                                                                                                                                     | 〇〇年〇〇月〇〇日から 現在も勤務を継続している<br>(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 ( )<br>勤務日数 (週 日間)    1日の勤務時間 ( 時間) |                                        |                   |
| 要綱別表1の対象事業所で勤務している6ヶ月の平均就労時間数 | ■■■■年 ■■月 ■■日～■■■■年 ■■月 ■■日                                                                                                              |                                        |                   |
|                               | 週勤務 (〇〇) 時間 (平均)                                                                                                                         |                                        |                   |
| 事務担当者                         | ▲▲ ▲▲                                                                                                                                    | 連絡先                                    | ■■■ — ■■■■ — ■■■■ |

※居宅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。

※有効期間は、発行日から1箇月間です。