参考様式 **本人記入不可**

障がい者支援施設・指定障がい福祉サービス事業所勤務証明書

1. 勤務者氏名及び生年月日

氏名

　　　　　　 　　年　　　月　　　日生

1. 設置(実施)主体
2. 運営主体
3. 運営開始年月　　　　　　年　　　月
4. 施設の名称、勤務期間等  
   ・住　　所

・電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 勤務期間 | | 総勤務時間数 |
|  | 自 | 年　　　月 | 時間 |
| 至 | 年　　　月 |
| 計 | 年　　　月 |

注1)裏面の「勤務条件について」を参照してください。

注2)証明できる勤務期間は月単位です。月の途中までの証明については、１月と換算できませんのでご注意ください。

注3)見込みの勤務期間及び時間数は証明の対象外ですので、ご注意ください。

上記の者は、18歳未満の者が半数以上入所する「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）」に規定する「障害者支援施設」または「指定障害福祉サービス事業所」（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を行うものに限る）にて児童等の保護または援護に従事していたことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

証明者名

（署名又は記名押印）

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書作成部署 |  |
| 連絡先 |  |

※　証明書の記載内容確認のため、連絡をする場合があります。

「勤務条件について」

１．平成３年４月１日以降の高等学校卒業（保育科は平成８年４月１日以降の卒業）で､  
２年以上の勤務経験者の場合

・２年以上の勤務で総勤務時間数が2,880時間以上を満たすこと。

２．５年以上の勤務経験者の場合

・５年以上の勤務で総勤務時間数が7,200時間以上を満たすこと。

* 複数施設での勤務の場合は、あわせて１.または２.の勤務期間を満たしている事が必要です。証明書を複写しそれぞれの施設ごとに本証明書を作成してください。

―問い合わせ先―

福岡県福祉労働部子育て支援課　電話092-643-3584