参考様式 **本人記入不可・両面印刷のみ有効**

障がい児通所支援事業 勤務証明書

1. 勤務者氏名及び生年月日

氏名

　　　　　　 　　年　　　月　　　日生

1. 事業の種類　　　　　注)裏面の「事業の種類について」を参照して該当の番号を記入してください。
2. 設置(実施)主体
3. 運営主体
4. 運営開始年月　　　　　　年　　　月
5. 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、２に掲げる事業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。

「事業の種類について」

1. 児童福祉法第６条の２の２第１項に規定する「障害児通所支援事業」のうち「児童発達支援」
2. 児童福祉法第６条の２の２第１項に規定する「障害児通所支援事業」のうち「放課後等デイサービス」

「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.又は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