

海南市福祉事務所長 様

## 復職証明書

(氏名) \_\_\_\_\_ は、

令和 年 月 日 より復職していることを証明します。

※ 復職後の勤務についてご記入ください。

勤務形態	常勤・非常勤・パート（アルバイト）・派遣 その他（ ）
就労日数	月 日（週 日）
休日	日・月・火・水・木・金・土 変則の場合（ ）
就労時間	[平日] 時 分～ 時 分まで [土曜] 時 分～ 時 分まで 時短勤務がある場合（ 年 月 日まで） [変則の場合] 夜勤あり（月 日）交代制・在宅勤務・ フレックスタイム制（コアタイム 時 分～ 時 分）

証明日：令和 年 月 日

勤務先

所在地

名 称

⑩

電 話

担当者名（ ）

※ 訂正箇所がある場合は、二重線で消していただき、訂正印（証明印として使用されている印鑑）  
を押印の上、訂正してください。

※ 内容確認のため就業先に照会させていただくことがあります。

## 保護者記入欄

児 童 名	生年月日	利用施設名
	年 月 日	
	年 月 日	

※ 施設等利用給付の認定開始日から1か月以内に復職していないことが判明した場合や復職後1か月以内に本証明書の提出がない場合は施設等利用給付認定を取り消します。