

保護者 住所 _____ (クラブ : _____)
_____ (児童名 : _____)
氏名 _____ ㊞

上記の者は証明日において下記の状態にあります。

年 月 日（証明日）

木城町長 様

証明者 住所 _____
事業所 _____
電話番号 _____
代表者等名 _____ ㊞

記

※該当する職種等を○で囲み、該当箇所に○印を記入してください。

※社員及び臨時・パート及び内職については、事業所の証明・電話番号を記入してください。

※15日未満の就労及び上記の証明が無いものについては、条件に該当しませんので利用できません。

| 職 種 等 | 従事日数等 | ○印 | 職 種 等 | 従事日数等 | ○印 | |
|-----------------------------|--------------------------|----|--------------|----------------------|-------------------------------|--|
| 正社員 契約社（職）員 | （日中4時間以上の就労で） | | 内 職 | （日中4時間以上の就労で） | | |
| | 月 23日以上 | | | 月 15日以上 | | |
| | 〃 20日以上 | | | 疾病(注1) | 20日以上入院 | |
| | 〃 15日以上 | | | 月に10日以上通院 | | |
| 臨時・パート | （日中4時間以上の就労で） | | 介護(注1) | 20日以上入院をする者の 入院介護 | | |
| | 月 23日以上 | | | 介護を受ける人 （ ） | （常時臥床者及び要介護度 3～5の認定者）の居宅介護 | |
| | 〃 20日以上 | | | | 障がい者（1～3級程度）の介護 | |
| | 〃 15日以上 | | | | その他（ ） | |
| 自営（農）業 （自営業主及び その世帯員） | 月 15日以上かつ 日中4時間以上の就労で | | 続柄 （ ） | | | |
| | 主たる従事者（自営業主） | | | | | |
| | 協力者（世帯員） | | | | | |
| | | | | | | |
| 農業手伝い | （日中4時間以上の就労で） | | 産前産後(注2) | 産前産後 8 週間 | | |
| | 月 23日以上 | | 就 学 | 学校・専門学校・職業訓練所等 | | |
| | 〃 20日以上 | | 災 害 | 災害後復旧中 | | |
| | 〃 15日以上 | | | | | |

（注1） 疾病及び介護の場合は、医師の診断書もしくは領収証等の内容のわかるものを添付してください。

（注2） 産前産後の場合は、母子手帳の写し（出産予定日及び出産日のわかるところ）を添付してください。

被証明者が正社（職）員・自営（農）業の主たる従事者・産前産後及び障がい者以外の場合は、下記に○印箇所の状態にある予定期間を記入してください。

ただし、証明日においては入所年度の末日まで○印箇所の状態にある予定の場合には記入不要です。

| | |
|-------------------|---|
| その状態にある （予定）期間 | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
|-------------------|---|

災害復旧の場合、その災害内容を記入。また、各々の証明に補足が必要な際は記入してください。