

人事・給与ご担当者様

※虚偽の証明は無効です。

- 1 お手数ですが、この証明書は障害者自立支援法による給付決定のための資料となりますので、作成をお願いいたします。  
記載については、漏れのないよう正確をお願いいたします。  
訂正がある場合には、社印又は代表者の訂正印を押印ください。
- 2 記載内容について、電話等により照会させていただく場合もあります。あらかじめご了承ください。
- 3 問合せ先: 目黒区障害者支援課 電話: 03-5722-9851 (直通)

## 勤務証明書

目黒区福祉事務所長 あて

所在地

事業所名

代表者名

印

電話番号

人事担当者

下記に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日証明

※社印又は代表者印がないものは無効です。

勤務者氏名		勤務者住所	
勤務先所在地	※実際の勤務先が上記事業所と異なる場合にご記入ください。		
勤務先部署名及び電話番号	TEL ( )		
採用年月日	年 月 日 (非常勤等で期限が決まっている場合 年 月 日まで)		
雇用形態	常勤・非常勤・派遣・パート・アルバイト・内職・その他( )		
勤務日数・定休日	週 日勤務(週 時間) / 月 日勤務	( ) 定休・不定休	
勤務時間 (休憩時間を含む労働契約上の正規の時間)	平日 時 分から 時 分まで (ただし、休憩時間 分含む)		
	土曜日 時 分から 時 分まで (ただし、休憩時間 分含む)		
仕事の内容			
社会保険及び源泉徴収	社会保険の加入 (有・無)		源泉徴収税の徴収 (有・無)
最近3か月の就労実績 (又は過去の就労実績)	就労日数(有休含)	年 月	年 月
		日(合計 時間)	日(合計 時間)
		年 月	年 月
		日(合計 時間)	日(合計 時間)

パート・アルバイト勤務者用

人事・給与ご担当者様

恐れ入りますが、勤務時間が変則(シフト勤務など)の場合には、勤務形態の確認のため、2週間の勤務時間を記入いただけますようお願いいたします。

2週間の勤務時間

月 日 (月)	一日の勤務時間					
	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (火)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (水)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (木)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (金)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (土)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (月)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (火)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (水)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (木)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (金)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)
月 日 (土)	時	分	から	時	分	まで (ただし、休憩時間 分含む)