

育児休業期間証明書

年 月 日

倶知安町長 様

事業所名

所 在 地

代表者名

電話番号

「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に基づき、雇用主が認めた育児休業期間について、次のとおり証明します。

育児休業者	氏 名	
	住 所	
育児休業期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望保育期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 《最長希望期間について》 上段の育児休業期間の中で、育児休業対象児童の満1歳の誕生月の月末まで	
復職（予定）日	年 月 日	
備 考		

◆雇用主の方へ

この証明書は保育の必要性を確認するための資料となりますので、次の点にご注意いただくようお願いします。

- (1) 証明事項は、漏れのないようにお願いします。
- (2) 証明事項の修正箇所には、訂正印を押印してください。
- (3) 証明内容を確認させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- (4) この証明書は、保育の必要性について認定する手続に使用し、必要に応じて保育施設等の入所審査に使用します。

【問い合わせ先】 倶知安町 こども未来課 こども支援係
電話 0136-55-6116（直通）