勤務（内定）証明書《外勤用》

事業所・勤務先の方が記入してください。

勤務者	住所	八丈町
	氏名	
採用（予定）年月日		昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　採用・採用予定　）
勤務形態		□　正規　□　パート・アルバイト　□　派遣　□　契約社員 □　その他（　　）
就労日数		月 ＿＿＿ 日 または 週 ＿＿＿ 日　※　**不規則勤務の場合はシフト表を添付が必要です**
勤務時間	平日	時　　分～　　時　　分　　1日 ＿＿＿時間（休憩除く）
	土曜日	時　　分～　　時　　分　（　毎週　・　隔週　・　不定期　）
	月平均	＿＿＿＿＿時間　※　**申込みには、月48時間以上の就労が必要です**
休日		＿＿＿＿＿曜日　・　祝祭日　・　不定期（ 週＿＿日 ・ 月＿＿日 ）
仕事内容		（具体的に）
単身赴任		赴任中 ・ 赴任予定（　　年　　月～　　年　　月まで）
給与形態		月給（※1）＿＿＿＿＿＿＿＿円　・　日給／時間給＿＿＿＿＿＿＿＿円

最近3か月の支給額及び勤務日数（※2）	月分	月分	月分
	円	円	円
	《勤務日数》　日	《勤務日数》　日	《勤務日数》　日

税申告の形態	源泉徴収 ・ 確定（住民税）申告 ・ 給与明細のみ ・ その他（　　）
経営者が親族の場合	経営者氏名：　　就労者との続柄：
産前産後休暇取得中（予定）の方	取得（予定）期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
育児休業法に基づく育児休業取得中（予定）の方	取得（予定）期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
雇用主	上記事項について、事実と相違ないことを証明します。 年　　月　　日 所在地 名　称 代表者　　㊞ 電　話　　取扱者名：＿＿＿＿＿＿

雇用者の方へ

1　この証明書は、保育園入園（継続）のために使用するもので、その他の目的に使用することはありません。
2　社印、代表者印のないものは無効です。
3　訂正したときは、雇用者の訂正印が必要です。修正液は認められません。
4　消せるボールペンで記入されたものは無効です。
※1　毎月変動のない手当を含めた金額を記入してください。（通勤手当は除く）
※2　残業代を含む総支給額（税・社会保険料控除前額）を記入してください。（賞与等一時金、通勤手当は除く。）
　　育児休業中等の場合は、産休前3か月分を記入してください。
◎　虚偽の証明は無効となります。
◎　記入に関して、ご不明な点がありましたら福祉健康課厚生係（04996-2-5570）までご連絡ください。

勤務状況申告書《自営業・内職》

勤務者	住所	八丈町		
	氏名			
事業形態	□ 事業主　□ 親族等が事業主		従業員	□ 有（　　人）　□ 無
業種	□ 小売販売　□ 飲食　□ 建築　□ 土木　□ 製造　□ 医療　□ 理美容　□ 塗装 □ 電気水道　□ 保険　□ 内職　□ その他（　　）			
就労日数	月 ＿＿＿ 日 または 週 ＿＿＿ 日　**※　不規則勤務の場合はシフト表を添付が必要です**			
仕事内容	（具体的に）			
職場と住居の関係	職場と住居が同一 ・ 職場と住居が隣接、近隣 ・ 職場と住居は離れている			
勤務開始年月日	年　月　日	開業年月日	年　月　日	
勤務日数	月平均：　　日	週平均：　　日		
勤務時間	平日	時　分～　時　分　1日 ＿＿＿時間（休憩除く）		
	土曜日	時　分～　時　分　（ 毎週 ・ 隔週 ・ 不定期 ）		
	月平均	＿＿＿＿＿時間　**※　申込みには、月48時間以上の就労が必要です**		
定休日	＿＿＿＿＿曜日 ・ 祝祭日 ・ 不定期（ 週＿＿日 ・ 月＿＿日 ）			
給与形態	出来高 ・ 売上による ・ 固定給＿＿＿＿＿円 ・ その他（　　円）			
最近3か月の支給額及び勤務日数（※1）	月分	月分	月分	
	円	円	円	
	《勤務日数》　日	《勤務日数》　日	《勤務日数》　日	
税申告の形態	源泉徴収 ・ 確定（住民税）申告 ・ 専従者 ・ その他（　　）			
産前産後休暇取得中（予定）の方	取得（予定）期間：　年　月　日～　年　月　日			
育児休業法に基づく育児休業取得中（予定）の方	取得（予定）期間：　年　月　日～　年　月　日			

上記事項について、事実と相違ないことを証明します。

年　月　日

所在地

名　称

代表者　　㊞

電　話　　取扱者名：＿＿＿＿＿＿

記入上の注意

1　この証明書は、保育園入園（継続）のために使用するもので、その他の目的に使用することはありません。
2　社印、代表者印のないものは無効です。
3　訂正したときは、雇用者の訂正印が必要です。修正液は認められません。
4　消せるボールペンで記入されたものは無効です。
5　申告内容の確認のため、開業届などを提出していただく場合もありますので予めご了承ください。
◎　虚偽の申告は無効となります。
◎　記入に関して、ご不明な点がありましたら福祉健康課厚生係（04996-2-5570）までご連絡ください。