

# 育児休業（取得・終了・変更）証明書

春日部市福祉事務所長 あて

住 所： \_\_\_\_\_  
入所児童名： \_\_\_\_\_  
生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 入所保育所： \_\_\_\_\_ 保育所（園）

育児休業取得者氏名		
新生児氏名	_____ 年 月 日生	
育児休業期間	_____ 年 月 日 ~ 令和 _____ 年 月 日	
職場復帰日	令和 _____ 年 月 日	
育児休業復帰後 育児短時間勤務の場合	勤務時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 (うち休憩時間 _____ 時間 _____ 分)	
	1 か月あたりの実勤務時間 (休憩時間は除く)	月 約 _____ 時間
	1 か月勤務日数見込 _____ 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 _____ 年 月 日  事業所所在地 _____  事業所名 _____  代表者名 _____		

※会社などに所属している場合には勤務先で、自営業の場合は事業主が証明をしてください。

※訂正箇所には代表者印で訂正印を押印してください。