**内職証明書**

中山町長　様

※児童氏名、内職者氏名、住所、入所施設は、保護者が記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | （　　　　　　年　　月　　日生） | 内職者氏名 | 児童との続柄（　　　　　） |
| （　　　　　　年　　月　　日生） | 住　　　所 |  |
| （　　　　　　年　　月　　日生） | 入所施設  ※保育所の新規入所申し込みの際は、第１希望の施設を記入してください。 |  |
| （　　　　　　年　　月　　日生） |

※内職委託者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 仕事内容 |  | | |
| 内職開始（予定）年月日 | 年　　　月　　　日 から | | |
| 直近３か月の  賃金支給金額 | 年　　月分 | 年　　月分 | 年　　月分 |
| 円 | 円 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  事業所名  所在地  代表者名  電話番号 | | | |

※内職者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 作業日・時間  ※就労している曜日を○で囲む | 月・火・水・木・金・土・日・変則的（月・週　　　日）  　　　　　時　　　　分 ～　　　　時　　　　分の間  １日平均　　　　時間・週平均　　　　時間  ※変則的で、上記に記入し難い場合は、次欄へ具体的状況を記入してください。 |
| 上記のとおり相違ないことを申し立ていたします。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  内職者氏名 | |

（記入上の注意等）

・　記入に誤りがあった場合は、修正液、修正テープは使用せず、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押してください。

・　記載された内容について、確認させていただく場合があります。

＊お問い合わせ先

中山町役場健康福祉課福祉子育て支援グループ　電話番号　０２３－６６２－２７０５