（子どものための施設等利用給付認定申請用）

**育児休業取得証明書**

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日（あて先）六戸町長　殿所 在 地　　　　事業所名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号 |
| 次の者は、当方で就労しており、育児休業を取得している（する予定である）ことを証明します。 |
| 就労者氏名 |  |
| 育児休業期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで |
| 復帰予定日 | 　　　　　年　　月　　日 |

【保護者記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　印 | 児童との続柄 |  |
| 住　　　所 |  |
| 施設等利用児童名 |  | 利用する施設の名称 |  |
| 育児休業該当児童名 |  | □男　□女　　　　　　年　　月　　日生 |

**※育児休業期間を変更したときは、変更後の証明が必要です。**