

復職（予定）証明書

(あて先) 大阪市長
保健福祉センター所長

住 所					
保護者					
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	H R	・	・
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	H R	・	・
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	H R	・	・
			利 用 施設名		
			利 用 施設名		
			利 用 施設名		

育児休業からの復帰後に必ずこの証明書をご提出ください。

※以下、事業所記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

下記の者について、次のとおり

☐ 復職 ・ ☐ 復職予定 していることを証明します。(□欄をチェックしてください。)

氏 名					
本 人 住 所					
勤 務 先 名 称					
勤 務 先 住 所					
復 職 年 月 日	令和	年	月	日	
育児休業の期間	平成 令和	年	月	日から	令和 年 月 日
注)産前産後休暇期間は、含みません。					
証明年月日			所 在 地		
令和 年 月 日			名 称・代 表 者		
			電 話		
			(記入担当者名	電話	)

注)この復職証明書は、施設等利用給付の認定にかかる重要な資料となるため、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。記入漏れ等がある場合は担当者に問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、不利益処分を受けることがあります。