

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	・ ・	利 用 施設名
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	H R	・ ・	利 用 施設名
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	H R	・ ・	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できます。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。