

障害児通所支援事業勤務証明書

1 勤務者氏名及び生年月日

氏名 _____

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2 事業の種類 (該当するものに○を入れてください。) ※各事業の詳細は裏面参照

事業種類	障害児通所支援事業 (児童福祉法第6条の2の2第1項) ※放課後等デイサービス・児童発達支援のみ 適用期間：平成 24 年 4 月 1 日から	障害者自立支援法に規定する 「児童デイサービス」 適用期間：平成 24 年 3 月 31 日まで
該当		

3 設置者(法人等名称) _____

4 届出等年月 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月

5 施設の名称、所在地、勤務期間等

名称	所在地	勤務期間		総勤務時間数
		自	S・H R _____ 年 _____ 月	時間
		至	S・H R _____ 年 _____ 月	
		計	_____ 年 _____ 月	

※勤務条件について

①平成3年4月1日以降の高等学校卒業(保育科は平成8年4月1日以降の卒業)で、2年以上の勤務経験者の場合 → 2年以上の勤務で総時間数が 2,880 時間以上を満たすこと。

②5年以上の勤務経験者の場合 → 5年以上の勤務で総時間数が 7,200 時間以上を満たすこと。

※複数の認可外保育施設で勤務していた場合は、あわせて①または②の勤務期間を満たしている事が必要です。複写してそれぞれの認可外保育施設ごとに本証明書を作成してください。

上記の者は、2に掲げる事業にて児童の保護に従事していたことを証明します。

平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公印

証明者名 _____

※証明書の記載内容確認
ため、連絡をする場合が
あります。

証明書作成部署 _____

連絡先 _____

書類作成上、ご不明な点は神奈川県次世代育成課までお問合せください。
神奈川県次世代育成課 電話045-285-0341
月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時15分(祝日を除く)