

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 _____ 注)裏面の「事業の種類について」を参照して該当の番号を記入してください。

3. 設置(実施)主体

4. 運 営 主 体

5. 運営開始年月 _____ 年 _____ 月

6. 施設の名称、勤務期間等

・住 所

・電話番号

名 称	勤 務 期 間		総勤務時間数
	自	年 月	時間
	至	年 月	
	計	年 月	

注)裏面の「勤務条件について」を参照してください。

上記の者は、2に掲げる事業にて児童等の保護または援護に従事していたことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証明者名



証明書作成部署	
連絡先	

※ 証明書の記載内容確認のため、連絡をする場合があります。

「事業の種類について」

- ① 児童福祉法第6条の2の2第1項に規定する「障害児通所支援事業」
(保育所訪問支援事業を除く)
【適用期間：平成24年4月1日から】
- ② 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）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】

「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年以上の勤務で総勤務時間数が2,880時間以上を満たすこと。
 2. 5年以上の勤務経験者の場合
 - ・5年以上の勤務で総勤務時間数が7,200時間以上を満たすこと。
- ※ 複数施設での勤務の場合は、あわせて1.または2.の勤務期間を満たしている必要があります。
証明書を複写しそれぞれの施設ごとに本証明書を作成してください。

—問い合わせ先—

栃木県 保健福祉部 こども政策課 子ども・子育て支援班

電話 028-623-2070 FAX 028-623-3070