

【外勤（交代制勤務無）】

勤務証明書兼就労届出書

園番号 _____

事業主（事業主）
右記事項について、後日担当職員より確認をさせていただきます場合がありますので、その際にご協力くださるようお願いいたします。

記載例

新潟市長

◎問い合わせは入園施設が所在する区の区役所へ

- 北区役所 健康福祉課児童福祉係 025-387-1335
- 東区役所 健康福祉課児童福祉係 025-250-2330
- 中央区役所 健康福祉課児童福祉係 025-223-7230
- 江南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-382-4353
- 秋葉区役所 健康福祉課児童福祉係 0250-25-5683
- 南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-372-6351
- 西区役所 健康福祉課児童福祉係 025-264-7340
- 西蒲区役所 健康福祉課児童福祉係 0256-72-8389

保護者 記入欄	施設名	こあら保育園
	入園区分 (○で囲む)	在園児童 ・ 新規入園児 (平成29年 4月入園)
	保護者住所	〒951-8066
	氏名	新渡 ありび ・ 春子

兄弟姉妹で同時に同一園に申込み場合、
父母の保育が必要な事由を証明する資料は、
兄弟姉妹の氏名を連名で記入の上、父母1部ずつの提出をお願いします。

(1) 会社などにお勤めの方、内職をされている方

雇用の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭外労働 (<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規) <input type="checkbox"/> 家庭内労働 (内職)
勤務開始日※ (産休・育児あけ勤務開始日)	昭和 平成 18 年 4 月 1 日 (平成 年 月 日) ※派遣社員の場合は、現在登録されている事業所においての勤務開始日
雇用期間が定められている場合	平成 年 月 日まで (雇用の更新予定が <input type="checkbox"/> ありうる <input type="checkbox"/> 無 (未定))
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前 ・午後 8 時 30 分 ~ 午前 ・午後 5 時 30 分 (内休憩 60 分含) 週 5 日・月 20 日 / 週実労働時間 週 40 時間 00 分 休日と指定する日 <input checked="" type="checkbox"/> 毎週 土・日 曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
交代制勤務 ※有りの場合のみ記入	①午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) ②午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) ③午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) 週 日・月 日 / 週実労働時間 週 時間 分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 10 分 (通勤方法 車 / 自転車 / バイク / 電車・バス / 徒歩)
仕事の内容 (具体的に記入してください)	商品開発業務
給与額	平均月額※1 約 350,000 円 社会保険等の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※1 給与の平均月額は、(年間総支給額÷勤務月数)とするかまたは予定支給月額をご記入ください。(ボーナス・通勤手当も含まれます。)

(2) 自営業・農業をされている方

仕事の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 自営業 (会社又は店名・屋号等) <input type="checkbox"/> 農業 (畑 a 田 a) <input type="checkbox"/> 専従者 主な作物※ (、 、) <input type="checkbox"/> その他 ※農業の場合は農産物についても記入してください。
勤務(再)開始日	昭和・平成 年 月 日
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) 勤務日数 週 日・月 日 / 週実労働時間 週 時間 分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 分 (通勤方法 車 / 自転車 / バイク / 電車・バス / 徒歩)
仕事の内容 (具体的に記入してください)	
報酬区分 ※2 (該当する区分に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 事業主収入 (平均月額約 円) <input type="checkbox"/> 専従給与収入 (平均月額約 円) <input type="checkbox"/> その他の収入 ()

※2 所得税法上の専従者として申告がされている場合は「専従給与収入」、それ以外は「その他の収入」となります。

(あて先) 新潟市長 上記のとおり相違ないことを証明(届出)します。

平成28年10月3日

所在地 新潟市 **区** **町** **丁目** **番** **号**

事業所名 (株) オレンジ商事

事業主・代表者名 代表取締役社長

電話 (025) 0000-XXXX

代表者印もしくは
社印を押してください。

印

※ 実際の勤務地が上記事業所と異なる場合は、ご記入ください。

所在地
勤務先の名称
電話 ()

(保護者の方へ) 証明事項について、担当職員が勤務先に確認することがあります。なお、記載内容(勤務時間・日数等)と実態が異なる場合、退園となることがありますのでご了承ください。

【外勤（交代制勤務有）】

勤務証明書兼就労届出書

園番号 _____

事業主の方
(事業主様)

右記児童の
なりますので
(口について
ない。い。)
なお、証明
を
させていただきます場合がありますので、その際はご協力
くださるようお願いいたします。

新潟市長

記載例

◎問い合わせは入園施設が所在する区の区役所へ

北区役所 健康福祉課児童福祉係 025-387-1335
東区役所 健康福祉課児童福祉係 025-250-2330
中央区役所 健康福祉課児童福祉係 025-223-7230
江南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-382-4353
秋葉区役所 健康福祉課児童福祉係 0250-25-5683
南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-372-6351
西区役所 健康福祉課児童福祉係 025-264-7340
西蒲区役所 健康福祉課児童福祉係 0256-72-8389

保護者 記入欄	施設名	こあら保育園	
	入園区分 (○で囲む)	在園児童 ・ 新規入園児童 (平成29年 4月入園)	
	保護者住所	〒951-8066	
	氏名	利海 花子	
兄弟姉妹で同時に同一園に申込み場合、 父母の保育が必要な事由を証明する資料は、 兄弟姉妹の氏名を連名で記入の上、父母1 部ずつの提出をお願いします。		氏名	新瀨 あるび ・ 春子

(1) 会社などにお勤めの方、内職をされている方

雇用の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭外労働 [<input checked="" type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規] <input type="checkbox"/> 家庭内労働 (内職)
勤務開始日※ (産休・育休明け勤務開始日)	昭和 平成 18 年 4 月 1 日 ※派遣社員の場合は、現在登録されている事業所においての勤務開始日 (平成 29 年 4 月 1 日)
雇用期間が定められている場合	平成 年 月 日まで (雇用の更新予定が <input type="checkbox"/> ありうる <input type="checkbox"/> 無 (未定))
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) 週 日・月 日 / 週実労働時間 週 時間 分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
交代制勤務 ※有りの場合のみ記入	① 午前・午後 8 時 30 分 ~ 午前・午後 5 時 30 分 (内休憩 60 分含) ② 午前・午後 4 時 30 分 ~ 午前・午後 1 時 00 分 (内休憩 60 分含) ③ 午前・午後 0 時 30 分 ~ 午前・午後 9 時 00 分 (内休憩 120 分含) 週 日・月 20 ~ 21 日 / 週実労働時間 週 40 時間 00 分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input checked="" type="checkbox"/> 不定休 (月 8 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 20 分 (通勤方法 <input checked="" type="radio"/> 車 / <input type="radio"/> 自転車 / <input type="radio"/> バイク / <input type="radio"/> 電車・バス / <input type="radio"/> 徒歩)
仕事の内容 (具体的に記入してください)	看護師業務 (日勤・準夜勤・夜勤 3交代制)
給与額	平均月額※1 約 370,000 円 社会保険等の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※1 給与の平均月額は、(年間総支給額÷勤務月数)とするかまたは予定支給月額をご記入ください。(ボーナス・通勤手当も含みます。)

(2) 自営業・農業をされている方

仕事の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 自営業 (会社又は店名・屋号等) <input type="checkbox"/> 農業 (畑 a 田 a) <input type="checkbox"/> 専従者 主な作物※ (、 、) <input type="checkbox"/> その他 ※農業の場合は農産物についても記入してください。
勤務(再)開始日	昭和・平成 年 月 日
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含) 勤務日数 週 日・月 日 / 週実労働時間 週 時間 分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 (月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 分 (通勤方法 <input type="radio"/> 車 / <input type="radio"/> 自転車 / <input type="radio"/> バイク / <input type="radio"/> 電車・バス / <input type="radio"/> 徒歩)
仕事の内容 (具体的に記入してください)	
報酬区分 ※2 (該当する区分に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 事業主収入 (平均月額約 円) <input type="checkbox"/> 専従給与収入 (平均月額約 円) <input type="checkbox"/> その他の収入 ()

※2 所得税法上の専従者として申告がされている場合は「専従給与収入」、それ以外は「その他の収入」となります。

(あて先) 新潟市長 上記のとおり相違ないことを証明 (届出) します。

平成 28 年 10 月 3 日

所在地 新潟市〇区〇〇▲丁目〇〇番〇号
事業所名 (医) 柳都病院
事業主・代表者名 理事長 〇〇 〇〇
電話 (025) ××× - 0000

代表者印もしくは
社印を押してください。

印

※ 実際の勤務地が上記事業所と異なる場合は、ご記入ください。

所在地
勤務先の名称
電話 ()

(保護者の方へ) 証明事項について、担当職員が勤務先に確認することがあります。なお、記載内容(勤務時間・日数等)と実態が異なる場合、退園となることがありますのでご了承ください。

【自営業】

勤務証明書兼就労届出書

園番号 _____

事業主の
(事業主) **記載例**

右記児童
なりますの
(口につ
なお、証明事項について、後日担当職員から確認を
させていただく場合がありますので、その際はご協力
くださるようお願いいたします。

新潟市長

◎問い合わせは入園施設が所在する区の区役所へ

- 北区役所 健康福祉課児童福祉係 025-387-1335
- 東区役所 健康福祉課児童福祉係 025-250-2330
- 中央区役所 健康福祉課児童福祉係 025-223-7230
- 江南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-382-4353
- 秋葉区役所 健康福祉課児童福祉係 0250-25-5683
- 南区役所 健康福祉課児童福祉係 025-372-6351
- 西区役所 健康福祉課児童福祉係 025-264-7340
- 西蒲区役所 健康福祉課児童福祉係 0256-72-8389

保護者 記入欄	施設名	こあら保育園	
	入園区分 (○で囲む)	在園児童	新規入園児童 (平成29年 4月入園)
	保護者住所 (〒051-8066)		
	新潟市	兄弟姉妹で同時に同一園に申込み場合、 父母の保育が必要な事由を証明する資料は、 兄弟姉妹の氏名を連名で記入の上、父母1 部ずつの提出をお願いします。	
	電話 (連絡)	××××	にいがた あるび はるこ
勤務者 氏名	新潟 太郎	児童名	新潟 あるび ・ 春子

(1) 会社などにお勤めの方、内職をされている方

雇用の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 家庭外労働 (<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規)	<input type="checkbox"/> 家庭内労働 (内職)
勤務開始日※ (産休・育休明け勤務開始日)	昭和・平成 年 月 日	※派遣社員の場合は、現在登録されている事業所における勤務開始日
雇用期間が定められている場合	平成 年 月 日まで (雇用の更新予定が <input type="checkbox"/> ありうる <input type="checkbox"/> 無 (未定))	
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含)	
交代制勤務 ※有りの場合のみ記入	① 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含)	
	② 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含)	
	③ 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (内休憩 分含)	
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 分 (通勤方法 車 / 自転車 / バイク / 電車・バス / 徒歩)	
仕事の内容 (具体的に記入してください)		
給与額	平均月額※1 約 円 社会保険等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※1 給与の平均月額は、(年間総支給額÷勤務月数)とするかまたは予定支給月額をご記入ください。(ボーナス・通勤手当も含みます。)

(2) 自営業・農業をされている方

仕事の種類 (該当する区分に☑を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業 (会社又は店名・屋号等 コンビニ〇〇 □□店)
勤務(再)開始日	<input type="checkbox"/> 農業 (畑 a 田 a)
	<input type="checkbox"/> 専従者 主な作物※ (、 、)
	<input type="checkbox"/> その他 ※農業の場合は農産物についても記入してください。
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	昭和 平成 23年 4月 1日
勤務時間・勤務日数 (休日と指定する日にあてはまる区分全てに☑をする)	午前・午後 8時 00分 ~ 午前・午後 5時 00分 (内休憩 60分含) 勤務日数 週 5~6 日・月 22 日 / 週実労働時間 週 40時間 00分 休日と指定する日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input checked="" type="checkbox"/> 不定休 (月7~8日) <input type="checkbox"/> その他 ()
通勤時間 (通勤方法を○で囲む)	片道 1 分 (通勤方法 車 / 自転車 / バイク / 電車・バス / 徒歩)
仕事の内容 (具体的に記入してください)	コンビニ経営 (フランチャイズ) 店長
報酬区分 ※2 (該当する区分に☑を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主収入 (平均月額約 300,000 円) <input type="checkbox"/> 専従給与収入 (平均月額約 円) <input type="checkbox"/> その他の収入 ()

※2 所得税法上の専従者として申告されている場合は「専従給与収入」、それ以外は「その他の収入」となります。

(あて先) 新潟市長 上記のとおり相違ないことを証明 (届出) します。

平成28年10月4日

所在地 新潟市〇〇区〇〇通〇丁目▲番◎号
事業所名 コンビニ〇〇 □□店
事業主・代表者名 新潟 太郎
電話 (025) ××× - ▲▲▲

代表者印もしくは
社印を押してください。

印

※ 実際の勤務地が上記事業所と異なる場合は、ご記入ください。

所在地
勤務先の名称
電話 ()

(保護者の方へ) 証明事項について、担当職員が勤務先に確認することがあります。なお、記載内容(勤務時間・日数等)と実態が異なる場合、退園となることがありますのでご了承ください。