

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. 実施場所

・住所

・電話番号

6. 運営開始年月 昭和・平成 _____ 年 _____ 月

7. 施設の名称、勤務期間等

名 称	勤 務 期 間	総 勤 務 時 間 数
	自 (昭・平) _____ 年 _____ 月	時間
	至 (昭・平) _____ 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の保護に従事していたことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証 明 者 名 _____

公印

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（昭和 22 年法律第 164 号）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。

注) ご不明な点は新潟県少子化対策課保育支援係（025-280-5215）までお問い合わせください。