本人記入不可

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・令和　　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・令)　　年　　月	時間
	至	(昭・平・令)　　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。

令和　　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事が必要です。

注）ご不明な点は新潟県こども家庭課保育支援係（025-280-5215）までお問い合わせください。