

就 労 日 数 証 明 書

認可外保育施設 施設長 あて

〒 ー

申請者（保護者）住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

柏市委託乳幼児扶助費の申請にあたり下記の内容を証明します。

記

1 申請内容

通園している施設名			
通園児童	氏 名	生年月日	平成 年 月 日

2 就労日数及び就労時間

申請月	就 労 時 間 等		備 考
	父	母	
4 月	日 時間	日 時間	
5 月	日 時間	日 時間	
6 月	日 時間	日 時間	
7 月	日 時間	日 時間	
8 月	日 時間	日 時間	
9 月	日 時間	日 時間	
10 月	日 時間	日 時間	
11 月	日 時間	日 時間	
12 月	日 時間	日 時間	
1 月	日 時間	日 時間	
2 月	日 時間	日 時間	
3 月	日 時間	日 時間	

平成 年 月 日

扶助費を申請する月の翌月 5 日までに、通園している施設まで御提出ください。