

| | | | |
|--|-----|-----------------|----------------|
| [保護者記入] 育児休業等復帰(支給認定変更)申請書 (宛先)入間市長 | | | |
| 保育施設名 | | 申請日 | 令和 年 月 日 |
| ふりがな 在籍児童名 | | 平成 年 月 日生 令和 | 支給認定番号 |
| ふりがな 保護者氏名 (育児休業取得者) | | 昭和 年 月 日生 平成 | 連絡先 Tel - - |
| 住所 | 入間市 | | |
| <p>子どもが複数いる場合は、枠内に連記してください。記入がないと変更ができない場合があります。</p> <p>保育施設の利用にあたり、下記の証明のとおり、産前産後休暇・育児休業が終了することになりましたので支給認定の変更を申請します。なお、復帰にあたり申請日の翌月より</p> <p><input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間)</p> <p><input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間) を希望いたします。</p> <p><申請日について></p> <p>復帰日から14日以内に申請してください。復帰月からの認定変更を希望する場合は、<u>復帰日の前月</u>から受付いたします。</p> | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| [事業所記入] 産前産後休暇・育児休業 復帰証明書 | | 本人が記入した場合は無効です。訂正する場合は、訂正印を押印のうえ訂正してください。修正液(テープ)を使用した場合は無効です。 | |
| ふりがな | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 就労者氏名 | | | |
| 就労者住所 | 入間市 | | |
| 勤務先名称 及び部署 | | 仕事内容 | |
| 勤務地住所 | TEL: | | |
| 就労復帰日 | 令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 復帰済 <input type="checkbox"/> 復帰予定) | | |
| 1か月の 勤務時間 | 雇用契約上の 勤務時間 | 1か月あたり 時間 分 | 特記事項があれば記入してください。 |
| | 復帰後の 勤務時間 | 1か月あたり 時間 分 | 育児短時間 取得の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 以下は、復帰後の勤務についてご記入ください。 | | | |
| 月の勤務日数 | <input type="checkbox"/> 1か月平均 日勤務 1か月の平均が算出できない場合は、1週間平均 日 | | |
| 勤務となる日 | <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 変則シフト | | |
| 復帰後の 就労時間 | 平日 | 午前 時 分 ~ 午後 時 分 | 実働 時間 分 休憩時間 時間 分 |
| | 土日 | 午前 時 分 ~ 午前 時 分 | 実働 時間 分 休憩時間 時間 分 |
| | その他の場合、具体的に記入してください。 | | |
| (宛先)入間市長 入間市福祉事務局長 上記のとおり育児休業から復職することを証明します。 ※証明者は雇用主です。 店舗責任者や現場責任者ではありません。 | 証明日 令和 年 月 日 | 所在地 | |
| | | 事業所名 | |
| | | 代表者 | |
| | | 連絡先 | |
| | | 記入担当者 | |

| | | | | | | | |
|--------------|----------|----|----|----|------|----|---|
| 市 処理 欄 | 受付 | 提出 | 認定 | 変更 | システム | 確認 | [連絡先] |
| | 干役 保支 | | 標短 | 無有 | | | 入間市役所 保育幼稚園課 Tel:04-2964-1111(内2334~2337) 〒358-8511 入間市豊岡1-16-1 |