様式第２号（第４条関係）

障害福祉事業所等就労証明書

（小郡市障害福祉事業所等就労継続支援金）

就労者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（太枠内：雇用主記載欄）

勤務先事業所等名	
勤務先事業所等所在地	
事業所等種別 （サービス種類）	
勤務形態	正規職員・臨時職員・その他（　　）
雇用期間	年　月　日～　年　月　日
１箇月あたり勤務日数 ※どちらかに〇	１０日以上　・　１０日未満
その他	

上記の事項について事実と相違ないことを証明します。

年　月　日

雇用主

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印