

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)

(雇用主記載)

|                                    |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| 就労者氏名                              |                   |
| 就労者住所                              |                   |
| 勤務先事業所等名                           |                   |
| 勤務先事業所等所在地                         |                   |
| 事業所等種別<br>(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箇月当たり勤務日数                         | 日                 |
| 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。<br>年 月 日 |                   |
| 雇用主                                |                   |
| 所在地                                | _____             |
| 法人名                                | _____             |
| 代表者名                               | _____ 印           |