

第2号様式（第6条関係）

移動支援従事者就労及び業務従事時間証明書

年 月 日

逗子市長

事業所所在地 逗子市

証 明 者 事業所名

役職・代表者名

次の者が本移動支援事業所において、記載のとおり移動支援従事者として従事していることを証します。

なお、証明書の記載内容の確認のため、逗子市長が必要と認めた場合は、記載内容に関する問合せについて回答するとともに、記載内容の証明ができる賃金台帳、雇用契約書、サービス提供記録等、必要な書類を指定期日までに提供します。

申請者氏名	
申請者住所	
申請者勤務先名	
申請者勤務先住所	逗子市
申請者勤務期間	年 月 日 ～ 勤務継続中
業務従事時間累計	計 時間（ 年 月 日時点） *業務従事時間には、応援派遣等、逗子市以外で設置した移動支援事業所等で従事した時間は含みません。
職 種 等	

上記記載事項は事実と相違ないことを証します。