

就労証明書

1 勤務（就労）状況について

自宅住所	〇〇市〇〇町××-× 〇〇アパート 〇号	氏名	山梨 劳政
勤務先	事業所名 株式会社〇〇〇〇 所属部署 〇〇〇課		
新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応と思われる症状により休業した日			
1回目の接種後の休業した日		休業した日数	
令和 3年 5月 18日	令和 年 月 日	3 日	
2回目の接種後の休業した日			
令和 3年 6月 8日	令和 3年 6月 9日		

- ※1 接種を受けた日の翌日および翌々日のうち休業した日が対象です。  
ただし、接種当日に副反応と思われる症状が発生し、接種後に予定されていた勤務を休業した場合は接種当日および翌日のうち休業した日が対象です。
- ※2 休業とは本来労働日であった日を休んだ日で、給与、手当等の支給が無い日です。
- ※3 予め事業主が定めた休日（例：定休日、シフトの入っていない日）や給与、手当等の支給がある休日（例：年次有給休暇、有給の傷病休暇、休業手当の対象日）は対象外です。

なお、休業期間中に、給与、労働基準法に基づく休業手当金、健康保険法に基づく傷病手当金、その他給与の補てんに当たる公的な給付金等を受給していません。

休業が終了した日以降に作成

令和 3年 ×月 ×日

休業が終了した日以降に証明

申請者名 山梨 劳政 印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 3年 ×月 ×日

所在地 〇〇市 〇〇町 〇〇-〇

事業所名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

（担当者名） 〇〇課 〇〇

電話番号 055-×××-××××

印

勤務先が複数ある場合は、それぞれの事業所の証明が必要です。  
例) 月～金曜日はA社で勤務、土曜日はB店でアルバイト  
→A社とB店の証明が必要  
※A社かB店のいずれかに勤務予定があり、かつ、どちらの勤務先からも給与や休業手当が出ていない日が助成の対象です。

法人の場合は法人の印  
個人事業主の場合は事業主の印

※この証明書は、山梨県新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）に使用します。なお、記載内容について、電話等により照会させていただく場合があります。あらかじめ御了承ください。

【問合せ先】山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）

就労証明書

1 勤務（就労）状況について

自宅住所		氏名	
勤務先	事業所名 所属部署		
新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応と思われる症状により休業した日			
1回目の接種後の休業した日		休業した日数	
令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	
2回目の接種後の休業した日			
令和 年 月 日	令和 年 月 日		

- ※1 接種を受けた日の翌日および翌々日のうち休業した日が対象です。  
ただし、接種当日に副反応と思われる症状が発生し、接種後に予定されていた勤務を休業した場合は接種当日および翌日のうち休業した日が対象です。
- ※2 休業とは本来労働日であった日を休んだ日で、給与、手当等の支給が無い日です。
- ※3 予め事業主が定めた休日（例：定休日、シフトの入っていない日）や給与、手当等の支給がある休日（例：年次有給休暇、有給の傷病休暇、休業手当の対象日）は**対象外**です。

なお、休業期間中に、給与、労働基準法に基づく休業手当金、健康保険法に基づく傷病手当金、その他給与の補てんに当たる公的な給付金等を受給していません。

令和 年 月 日  
申請者名 印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

（担当者名）

電話番号

印

※この証明書は、山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金支給事務のみに使用します。なお、記載内容について、電話等により照会させていただく場合があります。あらかじめ御了承ください。

【問合せ先】山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）