

## 指定業務等従事届（新規・継続）

年 月 日

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 会長 殿

|      |                             |                  |
|------|-----------------------------|------------------|
| 貸付番号 |                             |                  |
| 借用時期 | 年 月<br>(貸付を受けた時期を記入してください。) | 私は左記の金額を借用しています。 |
| 借用金額 | 円                           |                  |
| フリガナ |                             | 生年月日             |
| 氏 名  | 印<br>(借用証書と同じ印鑑を使用してください。)  | 年 月 日 ( 歳)       |
| 住 所  | 〒                           |                  |
| 電 話  | 自宅<br>携帯                    |                  |

下記のとおり介護職員等の業務に従事しましたので届け出ます。(以下事業所記入)

|        |                 |  |
|--------|-----------------|--|
| 業務従事先  | 所在地及び<br>電話番号   | 〒<br>電話 ( )  |
|        | 施設名又は<br>所属団体名  |  |
|        | 介護保険<br>事業所番号   |  |
|        | 職 種             | 介護職員等  |
| 業務従事期間 | 従事した期間          | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間)<br>(採用年月日から証明してください。)(月のうち1日でも勤務した場合は1か月とします。) |
|        | 上記のうち<br>休職等の期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間)<br>(産休、育休、疾病等の休職期間を記入してください。)                  |
|        | 雇用形態            | 常勤 非常勤 (派遣の場合は非常勤にしてください。)   |
| 備 考    |                 |  |

上記のとおり従事していることを証明いたします。

併せて下記の就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

年 月 日

業務従事先の法人名及び施設名

代表者(法人又は施設)の職名及び氏名

事業所の印

(担当者名 )

(就労先の要件)

再就職準備金については、就労先が次の要件に該当する施設又は事業所であることが必要です。

居宅サービス等(介護保険法第23条に規定する居宅サービス等)を提供する事業所若しくは施設又は介護保険法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を実施する事業所

※ 新規の場合は、就職後直ちに提出してください。

※ 継続の場合は、毎年4月1日の状況を4月30日までに提出してください。

## 指定業務等従事届 (新規・継続)

〇年〇月〇日

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 会長 殿

|      |   |                  |
|------|---|------------------|
| 貸付番号 | 〇〇〇〇〇〇〇                                   |                  |
| 借用時期 | 〇年 〇年<br>(貸付を受けた時期を記入してください。)             | 私は左記の金額を借用しています。 |
| 借用金額 | 400,000 円                                 |                  |
| フリガナ | アイチ フクシ                                   | 生年月日             |
| 氏名   | 愛知 福祉 印<br>(借用証書と同じ印鑑を使用してください。)          | 〇〇年〇月〇日 ( 〇〇歳)   |
| 住所   | 〒123-4567<br>名古屋市〇区〇〇1丁目2番地 〇〇〇マンション102号室 |                  |
| 電話   | 自宅 052-123-4567<br>携帯 090-1234-5678       |                  |

下記のとおり介護福祉士・社会福祉士・介護職員等の業務に従事しましたので届け出ます。

|        |                 |  |
|--------|-----------------|--|
| 業務従事先  | 所在地及び<br>電話番号   | 〒456-7890<br>名古屋市〇区〇〇5丁目6番地<br>電話 052(456)7890                             |
|        | 施設名又は<br>所属団体名  | 〇〇法人 〇〇〇デイサービスセンター   |
|        | 介護保険<br>事業所番号   | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇   |
|        | 職 種             | 介護職員等  |
| 業務従事期間 | 従事した期間          | 〇年〇月〇〇日 ~ 〇年〇月〇〇日 ( 〇年 〇月間)<br>(採用年月日から証明してください。)(月のうち1日でも勤務した場合は1か月とします。) |
|        | 上記のうち<br>従事した期間 | 〇年〇月〇〇日 ~ 〇年〇月〇〇日 ( 〇年 〇月間)<br>(産休、育休、疾病等の休職期間を記入してください。)                  |
|        | 雇用形態            | 常勤 非常勤 (派遣の場合は非常勤にしてください。)   |
| 備 考    |                 |  |

上記のとおり従事していることを証明いたします。

併せて下記の就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明いたします。

〇年〇月〇日

業務従事先の法人名及び施設名 〇〇法人 〇〇〇デイサービスセンター

代表者(法人又は施設)の職名及び氏名 センター長 〇〇 〇〇 事業所の印  
(担当者名 〇〇 〇〇)

(就労先の要件)

再就職準備金については、就労先が次の要件に該当する施設又は事業所であることが必要です。

居宅サービス等(介護保険法第23条に規定する居宅サービス等)を提供する事業所若しくは施設又は介護保険法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を実施する事業所

※ 新規の場合は、就職後直ちに提出してください。

※ 継続の場合は、毎年4月1日の状況を4月30日までに提出してください。