

業務従事届

年 月 日

埼玉県社会福祉協議会会長 様

住所	〒 ー	
	電話 自宅 () ー	
	携帯 () ー	
フリガナ		生 年 月 日
氏 名	【貸付番号	西暦 年 月 日 (歳)

【勤務先施設記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

業務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 ー 電話 () ー
	法人名及び 施設・事業所名称	
	介護保険サービ スの種類	
	介護保険 事業所番号	
職種	介護職員	
雇用形態 (該当に○)	正職員・非常勤職員・パート又はアルバイト・ その他 ()	
雇用契約 内容	1週間あたりの勤務日数 週 () 日 ※ただし、1年あたり180日以上勤務であること。	
業務開始 年月日	年 月 日 から ※ 資格を取得したうえで業務を開始した日を記入してください ※ 就職後に資格を取得した場合は、資格取得日を記入してください	
在職期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
業務中断 期間	※上記在職期間のうち、業務中断期間がある場合は記入 年 月 日 ～ 年 月 日 (中断理由：)	
業務従事 日数	日	

上記のとおり、申請者が介護業務に (従事している・従事していた)
ことを証明いたします。 ※○を記入してください。

併せて、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。※
※就労先の要件：県内の介護保険サービス事業所又は施設等

年 月 日

(証明日は必ず勤務先が記入してください)

施設・事業所等名

代表者 職・氏名

事業所の

公 印

【介護分野就職支援金】

記入例

様式第 1 1 号

記入例は以下の場合としています。
借受人の状況に合わせて記入してください。

- ・研修終了日:2022年10月15日
- ・雇用契約日:2022年9月1日
⇒基準日を2022年10月15日とする
- ・現在も働いている
- ・貸付を令和4年度中に利用した

従事届

2023年 ○月 ○日

実際に記入した日付を
忘れずに記入してください

電話 自宅 (048) 824-3370
携帯 (090) XXXX-XXXX

生 年 月 日

西暦 1993年 1月 1日

【貸付番号 KB2022999

実際に従事している施設・事業所名の
住所を記入してください。

【勤務先施設記入欄】事業主が記入

業務 従事先	所在地及び 電話番号	〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65
	法人名及び 施設・事業所名称	XXXXXXXX センター
	介護保険サービ スの種類	例)特定施設入居者生活介護、通所介護等
	介護保険 事業所番号	XXXXXXXXXX
職種	介護職員等	
雇用形態 (該当に○)	正職員・非常勤職員・パート又はアルバイト・ その他 ()	
雇用契約 内容	1週間あたりの勤務日数 ※ただし、1年あたり180日以下	
業務開始 年月日	2022年 10 月 15 日から ※ 資格を取得したうえで業務を開始した日を記入してください ※ 就職後に資格を取得した場合は、資格取得日を記入してください	
在職期間	2022年 10 月 15 日 ~ 2023年 10 月 14 日	
業務従事 日数	240日	

法人名だけでなく、実際に従事している施
設・事業所名まで記入してください

実際に従事している施設・事業所名の
介護保険事業所番号を記入してください

研修終了後に就職した場合は雇用契約日を、
就職後に研修修了した場合は研修終了日を
記入してください (=基準日)

基準日または就職日の遅い方の日を
記入してください (貸付後に転職さ
れた方は、就職日になります)

基準日の1年後の日付を
記入してください

上記の在職期間内で、実際に業務に従事
した日数を記入してください

上記のとおり、申請者が介護業務に **(従事している・従事していた)**

証明日は上記の在職期間の終了日を
過ぎてから記入してください

該当する方に○を付けてください ※

2023年 10 月 15 日

(証明日は必ず勤務先が記入してください)

訂正された場合は、二重線で抹消
のうえ、事業所の公印で訂正印を
押印してください。

施設・事業所等名

すこやか

社会福祉法人彩の国会

代表者 職・氏名

理事長

○○

○○

公印

事業所の公印を押印して
ください (個人印不可)

【介護分野就職支援金】