

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	
	障害福祉サービ スの種類	
	障害福祉サービ ス事業所番号	
職種	障害福祉職員	
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、障害福祉の業務に ( 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：県内の障害福祉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

【障害福祉分野就職支援金】

# 記入例

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

業務従事届

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

55

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

生 年 月 日

西暦 1993年1月1日

氏 名

【貸付番号 SB2022999

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	〒330-8529
	法人名及び 施設・事業所名称	社会福祉法人彩の国会すこやか居宅介護事業所
	障害福祉サービスの 種類	例)居宅介護事業所、就労継続支援事業所等
	障害福祉サービス 事業所番号	
職種	障害福祉職員	
雇用形態 (該当に○)	○正職員・非常勤職員・パート その他 (	
雇用契約 内容	1週間あたりの勤務日数 週 ※ただし、1年あたり180日以上勤務	
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

研修終了後に就職した場合は雇用契約日を、  
就職後に研修終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

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

○(従事している) ○(従事していた)

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

代表者 職・氏名

すこやか

社会福祉法人彩の国会  
理事長 ○○ ○○

事業所の公印を押印して  
ください (個人印不可)

事業所の  
公印

【障害福祉分野就職支援金】

