

障がい福祉分野就職支援金  
在職証明書（その 1）

社会福祉法人  
福岡県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、障がい福祉職員（※）として業務に従事していることを証明します。

従業者氏名	( S ・ H      年      月      日生 )
事業所名	
事業所所在地	〒
サービス種別	
事業所番号	
職 種	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤（正職員以外） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート
勤務状況 ※（ ）□に記入	① 1 日あたりの勤務時間（      ）時間 ② 1 週間あたりの勤務日数 週（      ）日 <input type="checkbox"/> 週 20 時間以上、1 年あたり 180 日以上の業務従事が想定される者です <input type="checkbox"/> 週 20 時間以上、2 年間（在職期間が 720 日以上かつ業務従事期間が 360 日以上）業務に従事しました
勤務開始日	令和      年      月      日
休職・停職期間	年      月      日 ～      年      月      日 (理由：      )

※ 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス、相談支援及び市町村又は都道府県が行う地域生活支援事業、児童福祉法に基づく障害児通所支援、障害児相談支援及び障害児入所支援並びに身体障害者支援法に基づく身体障害者生活訓練事業、手話通訳事業、介助犬訓練事業及び聴導犬訓練事業を提供する事業所若しくは施設、障害者総合支援法に基づく地域活動支援センター、福祉ホーム基幹相談支援センター又は身体障害者福祉法に基づく身体障害者社会参加施設及び医療保健施設において、主たる業務が直接支援の業務である職員です（相談業務・施設長業務は含みません）。

令和      年      月      日

法人名  
法人代表者職名・氏名

(公印)

証明書作成者の所属・氏名  
連絡先 TEL（      ）      —