

貸 付 番 号	第 号
---------	-----

障がい福祉分野就職支援金 現況届

令和 年 月 日

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会会長 様

住 所
氏 名 ⑩
電話番号

次のとおり、県内の障がい福祉サービス等を提供する事業所若しくは施設等において、引き続き障がい福祉職員の業務に従事していることを報告します。

業 務 従事先	事業所名	
	事業所所在地	
	サービス種別	
	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"/> 1 年あたり180日以上 of 業務従事が想定される者です
	休職・復職	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ある場合は、様式 1 7 号を併せて提出すること
備 考	※人事異動があった場合等	

上記のとおり相違ありません。

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 () ー

※毎年 4 月 1 5 日までに提出してください。