

貸 付 番 号	第	号
---------	---	---

介護分野就職支援金 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 (印)

電話番号

次のとおり、県内の介護保険サービスを提供する事業所・施設において、引き続き介護職員等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17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 () -

※毎年4月15日までに提出してください。