

就職先の代表者等が記入してください。

## 記入例

## 介護分野就職支援金 雇用（内定）証明書

被雇用者名	北海 花子	
生年月日	昭和60年4月1日	
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 正職員以外 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
雇用契約内容【注1】	週当たりの労働時間 週 40 時間勤務	
採用（内定）年月日	採用(内定)日	令和4年6月1日
	雇用開始日	令和4年8月1日
期間終了日	年 月 日	※雇用期間に定めがある場合のみ
勤務場所【注2】	法人名	社会福祉法人かでの会
	施設・事業所名	ケアステーションさっぽろ
	サービス種類	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	介護保険の事業所番号	0 1 △ △ △ △ △ △ △ △
	施設・事業所所在地	〒060-0000 札幌市中央区北△条西△△丁目×番地×号
職種・業務内容【注3】	職種	訪問介護員
	業務内容	訪問介護 の業務に従事

訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消して訂正印を押し、書き直してください。  
※証明印と同じ印を訂正印として使用してください。

職員の採用について上記の通り証明します。

証明年月日 令和4年6月30日

証明印は、代表者の印を押印してください。

施設・事業所 社会福祉法人かでの会  
所在地及び名称 ケアステーションさっぽろ  
代表者職名・氏名 管理者 北海 桜子  
証明書作成者所属・氏名 総務課 鈴木 梅子



連絡先電話番号 (011) 123 - 4567

【注1】 週当たりの労働時間が20時間未満の場合は、貸付対象外です。

【注2】 居宅サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第23条に規定する居宅サービス等をいう。以下同じ。）を提供する事業所もしくは施設または第一号訪問事業（同法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業をいう。以下同じ。）もしくは第一号通所事業（同法第115条の45第1項第1号ロに規定する第一号通所事業をいう。以下同じ。）を実施する事業所が貸付対象です。

【注3】 上記【注2】に該当する事業所・施設において、介護職員その他主たる業務が介護等（社会福祉士法及び介護福祉士法第2条第2項に規定する介護等をいう。以下同じ。）の方が貸付対象です。