

# 【記入例】

## 介護分野就職支援金 返還免除対象業務従事期間証明書

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

雇用されている施設または事業所で  
全て記入いただいでください。

下記の者は、以下のとおり介護職員等として返還免除対象業務に従事していることを証明します。

借受人番号	第●-●●●●●-●●●●●号		
借受人氏名	福祉 太郎	生年 月日	(年号) ●● 年 ●月 ●日
返還免除対象 業務従事先	所在地	〒880-0815 宮崎県宮崎市原町2番22号 電話 0985 ( 61 ) 2424	
	施設・事業所名	通所介護 ミヤザキ	
	施設・事業所種類	通所介護 (例：特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、通所介護、等)	
	職 種	介護職員	
	施設・事業所 及び 職種について	該当するものに☑してください。 ☑居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設 又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を 実施する事業所であって、介護職員その他主たる 業務が介護等の業務 □上記以外 ( )	
	雇用形態	常勤 非常勤 その他 ( )	
従事期間	(年号) (年号)	従事期間については、提出する前年度の従事期間を記入して下さい。 (例) (令和5年4月30日提出期限) 雇用日令和4年4月1日の場合 令和4年4月1日から令和5年3月31日まで	
上記期間で介護職員等の業務に従事した日数	●●● 日		
休業期間	業務従事期間内において、実際に介護職員等の業務に従事した日数を記入して下さい。 休日、休暇、病気、退職等で介護職員等の業務に従事しなかった日を除いてください。 ●● 休暇 (年号) ● 年 ●月 ●日～ ●● 年 ●月 ●日		

(年号) ●● 年 ●月 ●日

業務従事先の施設 (所属団体名) 社会福祉

介護介護ミヤザキ

従事先の代表者の職および氏名を記入し、証明者の公印を押してください

この証明書を記入した日  
(例) 令和5年3月31日以降  
※見込みの記入は不可

氏名

代表 福祉 二郎

公印  
公印