

障害福祉分野就職支援金 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

下記の者は、以下のとおり障害福祉職員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		生年 月日	年 月 日
返還免除対象 業務従事先	所在地	〒 ー 電話 ()	
	施設・事業所名		
	施設・事業所種類	(例：障害者支援施設、放課後等デイサービス、等)	
	職 種		
	施設・事業所 及び 職種について	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスを提供する事業所もしくは施設、障害者総合支援法第 5 条第 27 項、第 28 条及び第 77 条の 2 及び身体障害者福祉法第 5 条に規定する施設若しくは事業所において、主たる業務がサービス利用者に直接サービス提供する職種 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()	
	雇用形態	常勤 非常勤 その他 ()	
従事期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 か月)		
上記期間で障害福祉職員の業務に従事した日数	日		
休業期間	出産 休暇 年 月 日～ 年 月 日 育児 休暇 年 月 日～ 年 月 日 _____ 休暇 年 月 日～ 年 月 日		

年 月 日

業務従事先の施設（所属団体名）

代表者の職及び氏名

公印