

【記入例】

離職介護人材再就職準備金 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 3-●●●●●-●●●●●号	点線枠内は、従事先に記入を依頼してください。
借受人氏名	福祉 太郎	生年 月日 ●●年 ●月 ●日
返還免除対象	〒880-0805 宮崎県宮崎市橋通○丁目□番△号 電話0985(00)0000 訪問介護事業所ミヤザキ 訪問介護 訪問介護員 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。）の業務である者。 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）	
雇用形態	常勤 非常勤 その他（ ）	
従事期間	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ください。 (例) (令和 3 年 4 月 15 日提出期限) 再就職日：令和 2 年 4 月 1 日の場合 令和 2 年 4 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日	
うち介護職員等の業務 に従事した日数	200 日	
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 記入してください。休日、休暇、病気、休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。	～ 年 月 日 ～ 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。	

●●年 ●月 ●日

業務従事先の施設（所属団体名）社会福祉法人○○○

訪問介護事業所ミヤザキ

代表者の職及び氏名

施設長 福祉 二郎

公印

公印