

山北町介護職員初任者研修受講補助金交付申請にかかる就労証明書

山北町長 殿

所在地
法人名
代表者名 印

次の者を介護職員として3か月以上雇用していることを証明します。

被雇用者	氏名		
	住所		
就業先 事業所 ^{※1}	名称		
	所在地		
雇用形態 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） ①おおむねの勤務日数（週 日） 1日の勤務時間（ 時間） ②おおむねの月当たりの勤務時間（ 時間） ①②のどちらかを記載		
就業日 ^{※3}	介護職員として令和 年 月 日から か月間継続して就業しています。		
本件に係る 事務担当者		連絡先 電話番号	

<証明する事業所 様>

- ※1 就業先事業所は別表1に定める山北町内の介護事業所または南足柄市、大井町、松田町、開成町及び静岡県小山町内の訪問介護事業所のみです。
- ※2 就業先事業所において直接雇用されていない場合（派遣社員等）は対象となりません。
- ※3 就業開始日から現在までの継続月数（1か月に満たない日数は切り捨て）を記載してください。3か月以上であることが必要です。
- ※ 必要に応じて出勤簿等継続して勤務していることが確認できる書類の提出を求め場合があります。

別表1（対象となる山北町内介護保険サービス事業所）

- | | | |
|---|-------------|-----------|
| 1 | 特別養護老人ホーム | バーデンライフ中川 |
| 2 | グループホーム | やまきた |
| 3 | グループホーム | バーデンライフ山北 |
| 4 | グループホーム | アミーゴ |
| 5 | 小規模多機能型居宅介護 | すずらん |
| 6 | あずみ苑山北 | |
| 7 | リッチライト | やまきた |

