障害福祉分野就職支援金用（就職・退職・実務経験・免除共通）

障害

**就　労　証　明　書**

山口県社会福祉協議会会長 様

※記入例をご参照のうえ、すべて事業所の方が記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就  労  者 |  |  |
| 住　所 | 〒 |
| 施設・事業所の名称  （具体的な施設名を記入） | |  |
| 施設・事業所の所在地 | |  |
| 業務の職種  （生活支援員等） | |  |
| 主な業務の内容 | |  |
| 在職期間（どちらかのみ記入） | 退職している | 年 月 日　～　　　　年 月 日まで  実勤務日数 　　　　日間 |
| 現在就労している | 勤務開始日　　　　　　年 月 日 （証明日現在引き続き従事中）  勤務開始日～証明日までの実勤務日数　　　　　日間 |
| （該当に☑チェックしてください）  □ 正職員・常勤・パート等（月平均１５日以上）  □ 非常勤・パート等（月平均１５日未満）（月平均　 　　日程度） |
| 在職期間中で  就労しなかった期間  （該当に☑チェックしてください） | | 年　　 月　　 日　～　　　　　年　　 月　　 日  □ 出産・育児休暇　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所等区分  （該当に☑チェックしてください） | | * 障害福祉サービス※を提供する事業所若しくは施設   ※障害者総合支援法第５条第１項，第 18 項，第 77 条及び第 78 条，児童福祉法第６条２の２第１項，第７項及び第７条第２項，身体障害者福祉法第４条の２に規定するサービスをいう   * 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条に規定する事業所若しくは施設 |
| 就労状況は上記のとおり相違ありません。    　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　法人等の名称  　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印    　　　　　　　　　　　電話番号  （記入担当者名：　　　　　　　　　　直通電話：　　　　　　　　　）  ※証明内容について職場へ照会させていただくことがあります。 | | |

（注）１ 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、公印を押印して正しい内容を記入してください。

　　　２ 法人内異動がある場合は、施設・事業所による証明ではなく法人による証明としてください。

　　　３ 主たる業務が障害福祉職員の業務ではない期間は、返還免除の対象業務に従事した期間に算入できません。