

# 記入例

## 就労証明書

就労証明書を発行した日付より、20日以内にご申請ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

この書類は、雇用している法人または就労している事業所でご記入ください

法人名 社会福祉法人〇〇  
法人所在地 柏市××□-△-〇  
事業所名 〇〇デイサービスセンター  
代表者職・氏名 理事長 〇〇 ×× 印

(法人代表者 ・ 事業所代表者 )

※該当する□に✓をつけてください

柏市介護職員初任者研修等受講料等助成金の交付の申請にあたり、次の者が介護職員として就労していることを証明します。

|      |         |                       |
|------|---------|-----------------------|
| 被雇用者 | 氏名      | 柏 花 子                 |
|      | 住所      | 柏市××〇-△-□             |
|      | 雇用開始日   | 令和〇〇年 × 月 △ 日から現在も就労中 |
|      | 雇用形態    | 常勤 ・ <del>非常勤</del>   |
| 雇用者  | 法人名     | 社会福祉法人〇〇              |
|      | 所在地     | 柏市××□-△-〇             |
|      | 代表者職・氏名 | 理事長 〇〇 ××             |
| 就労先  | 事業所名    | 〇〇デイサービスセンター          |
|      | 所在地     | 柏市××□-□-□             |
|      | 事業所番号   | 12722×××××            |
|      | 代表者職・氏名 | 管理者 △△ □□             |
|      | 電話番号    | 〇4-71〇〇-△△△△          |

### 【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の研修受講料及び教材費の助成について、以下のとおりで

チェック漏れにご注意ください。

- 研修を受講する予定があるが、研修料等の額及び納入が分かる資料を添付してください。
- 助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

(該当する□に✓をつけてください)

※柏市から被雇用者へ柏市介護職員初任者研修等受講料等助成金の交付から一定期間経過後、法人又は事業所に対して、被雇用者の就労状況を照会する場合があります。