

様式第2号

就労証明書

この書類は、事業所若しくは法人が作成してください

令和 6 年 6 月 1 日

柏市長 あて

法人名	株式会社柏		
法人所在地	柏市柏5-10-1		
事業所名	〇〇デイサービスセンター		
代表者職	理事長		
代表者氏名	柏 太郎		印
作成者	<input checked="" type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> 事業所代表者	

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	〇〇市●●-△△	
	雇用開始日	令和 6 年 2 月 1 日 から現在も就労中	
	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤
就 労 先	事業所名	〇〇デイサービスセンター	
	サービス種別	通所介護	
	所在地	柏市□□-▲▲-××	
	事業所番号	1272201234	
	代表者職	施設長	
	氏名	柏 次郎	
	電話番号	04-7168-1996	
【研修受講料等の助成に関する証明欄】			
上記の者に対する研修の受講料及び教材費の助成について、以下のとおりであることを証明します。			
<input type="checkbox"/>	法人や事業所で助成を行っている、または行う予定がある。 ※助成額及び内訳が分かる資料を添付してください。		
<input checked="" type="checkbox"/>	法人や事業所で助成を行っておらず、また、今後も行う予定がない。		
(該当するほうへ☑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。

■この様式の「ピンク色のセル」に入力をお願いします。

←作成日より、20日以内に申請するようお願いします。

←必ず押印をしてください。

←該当する項目にチェックしてください。

←空白セルに、該当する日付を入力してください。

←該当する項目にチェックしてください。

←プルダウンより、該当する項目を選択してください。
※該当がないサービス種別の事業所は、本補助金の対象外となります。
自身の就労先が対象かどうか、提出前に必ずご確認ください。

←必ず該当項目をチェックしてください。

←オンライン申請フォーム内に添付できる項目があります。そちらを使用して資料を添付してください。