

(様式第1号)

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付申請書 (新規採用職員用)

年 月 日

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金交付要領第7により、関係する書類を添えて申請します。なお、虚偽その他不正な手段により就職支援金の申請及び交付を受けたことが明らかになったときは、交付決定が取り消されること並びに交付を受けた就職支援金を返還することに同意します。

フリガナ			
申請者名		生年月日	年 月 日
連絡先	住所	〒	
	携帯電話	電話番号	
前職	勤務先名： 退職日：		
採用年月日	令和 年 月 日		
勤務施設			
職種			
雇用形態			

上記のとおり、申請者を採用し勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

所在地
施設名称
代表者名

(事務担当者

電話番号

Ⓜ

)

※申請書に次の書類を添付してください。

- 1 申請者本人が確認できる書類 (運転免許証又はマイナンバーカード等の写し)
- 2 労働条件通知書の写し
※上記通知書に「就労規則による」と記載がある場合は、就労規則を添付すること
- 3 採用時の履歴書の写し

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付申請書 (中堅介護職員用)

令和 年 月 日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長 様

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金交付要領第7により、関係書類を添えて申請します。なお、虚偽その他不正な手段により就職支援金の申請及び交付を受けたことが明らかになったときは、交付決定が取り消されること並びに交付を受けた就職支援金を返還することに同意します。

フリガナ			
申請者名		生年月日	年 月 日
連絡先	住所	〒	
	携帯電話	電話番号	
前職	勤務先名： 退職日：		
採用年月日	令和 年 月 日		
勤務施設			
職種			
雇用形態			
有する資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員		
これまでの 経験年数	年 月		

上記のとおり、申請者を採用し勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

所在地
施設名称
代表者名

(事務担当者

電話番号

印

)

※申請書に次の書類を添付してください。

1 申請者本人が確認できる書類 (運転免許証又はマイナンバーカード等の写し)

2 労働条件通知書の写し

※上記通知書に「就労規則による」と記載がある場合は、就労規則を添付すること

3 採用時の履歴書の写し

4 有する資格証明書の写し

福社協発第 号
令和 年 月 日

(申請氏名) 様

社会福祉法人
福島県社会福祉協議会長

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付（決定・不承認）通知書

令和 年 月 日付で申請のあった新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金について、同交付要領第8により下記のとおり通知します。

記

- 1 審査結果 (決定します ・ 不承認とします)
- 2 決定内容（以下は、交付決定した場合のみ記載）
 - (1) 事業名 新規採用職員就職支援金 ・ 中堅介護職員就職支援金
 - (2) 勤務施設
 - (3) 採用年月日
 - (4) 職種
 - (5) 雇用形態
 - (6) 交付金額 100,000円 ・ 200,000円
- 3 交付条件
 - (1) 福島県相双地域等に所在する介護保険施設等で介護等の業務に6か月間就労後、10日以内に就職支援金交付請求書（様式第7号）を提出してください。
 - (2) 決定内容の変更又は中止をする場合は、就職支援金交付決定内容変更（中止）申請書（様式第4号）を提出してください。
 - (3) 就職支援金の交付決定を受けた者又は所属する介護保険施設等の長に、必要に応じて状況報告を求める場合があります。

(担当：担当者名 電話番号)

(様式第4号)

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付決定内容変更(中止)申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長 様

申請者名
(生年月日: 年 月 日)

被災地における福祉・介護人材確保事業における新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付要領第9により、下記のとおり申請します。

- 記
- 1 事業名 新規採用職員就職支援金 ・ 中堅介護職員就職支援金
- 2 届出区分 変 更 ・ 中 止
- 3 変更・中止する内容
(1) 変更に関する事項

変更年月日	令和 年 月 日	
内 容	変 更 前	変 更 後
氏 名		
勤務施設		
職 種		
雇用形態		

(2) 中止に関する事項

中止年月日	令和 年 月 日
理 由	

※変更することが分かる書類を添付してください。

- 1 氏名を変更したことが分かる書類(戸籍抄本(個人事項証明書)、免許証等の写し)
- 2 勤務施設、職種、雇用形態を変更したことがわかる書類(労働条件通知書等の写し)

(様式第5号)

福社協発第 号
令和 年 月 日

(申請者名) 様

社会福祉法人
福島県社会福祉協議会長

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付決定内容変更通知書

令和 年 月 日付で申請のありました就職支援金交付決定内容変更(中止)申請書
について、次のとおり変更しましたので通知します。

記

- 1 事業名 新規採用職員就職支援金 ・ 中堅介護職員就職支援金
- 2 勤務施設
- 3 採用年月日
- 4 職種
- 5 雇用形態
- 6 交付金額 100,000円 ・ 200,000円

(担当：担当者名 電話番号)

(様式第6号)

福社協発第 号
令和 年 月 日

(申請者名) 様

社会福祉法人
福島県社会福祉協議会長

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付決定取消通知書

令和 年 月 日付で申請のありました就職支援金交付決定内容変更(中止)申請書
について、交付決定を取り消しましたので通知します。

(担当: 担当者名 電話番号)

令和 年 月 日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長 様

申請者名 印

(生年月日: 年 月 日)

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
交付請求書

令和 年 月 日付け福祉協発第 号をもって交付決定があった
標記就職支援金について、同交付要領第10に基づき、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 円

2 振込先 (※申請者本人の口座を記入すること)

金融機関	金融機関名				支店名		
(金融機関コード)							
預金種別	普通-1 当座-2						
口座番号							左詰め
(フリガナ) 口座名義人							

※交付請求書に勤務施設が発行した在職証明書(様式第8号)を添付してください。

在 職 証 明 書

年 月 日

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

所 在 地
施 設 名 称
代 表 者 名
事 務 担 当 者
電 話 番 号

印

下記の者が、以下のとおり在職していることを証明します。

ふりがな		生年月日
氏 名		年 月 日
住 所	〒 ー	
勤務施設	名 称	
	所在地	
	業務従事期間 ①	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務従事期間 ②	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務従事期間 に算入しない 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

※災害、本人の疾病・負傷、その他やむを得ない事由により当該業務に従事できなかった期間は、当該業務従事期間として算入しない期間となります。

(様式第9号)

福祉協発第 号
令和 年 月 日

(申請者名) 様

社会福祉法人
福島県社会福祉協議会長

被災地における福祉・介護人材確保事業 新規採用職員及び中堅介護職員就職支援金
送金通知書

令和 年 月 日付けで交付請求がありました標記就職支援金について、次のとおり送金しますので通知します。

記

- | | | | |
|-------|-------------|---|-------------|
| 1 事業名 | 新規採用職員就職支援金 | ・ | 中堅介護職員就職支援金 |
| 2 送金額 | 100,000円 | ・ | 200,000円 |
| 3 送金先 | 申請者の申し出口座 | | |
| 4 送金日 | 令和 年 月 日 | | |
| 5 その他 | | | |

交付要領第12に基づき、申請者が次のいずれかに該当するときには、その決定を取り消し、既に交付した支援金がある場合には、その全部の返還を求めます。

- (1) 就職支援金交付の要件を満たさなかったとき。
- (2) 就職支援金の交付決定の条件に反する行為があったとき。
- (3) 本交付要領の規定に違反したとき。
- (4) 虚偽その他不正な手段により支援金の交付を受けたとき。
- (5) その他就職支援金の交付決定を取り消し、又は就職支援金を返還させることが適当と認められるとき。

(担当：担当者名

電話番号

)