

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

海津市長 宛て

所在地  
法人又は事業所名  
代表者職氏名  
連絡先  
(担当者氏名 )

勤 務 状 況 証 明 書

海津市福祉人材就労支援金の交付申請に関して、次の者が正規職員として6か月以上継続して勤務していることを証明します。

住 所	
ふりがな	
氏 名	
勤務事業所名	
勤務開始年月日	年 月 日
職 種 区 分	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 障がい支援員等 <input type="checkbox"/> 保育士等

介 護 職 員：介護サービス事業所で入浴、排泄、食事等直接介護を行い、高齢者の生活全般を援助する従事者

障がい者支援員等：障害福祉サービス事業所で利用者の生活支援、身体介護、自立訓練、就労支援、相談援助等直接支援を行い、利用者の生活全般を援助する従事者又は障害児通所支援事業所で利用者の生活支援、学習支援、身体介護、相談援助等直接支援を行い、利用者の生活全般を援助する従事者

保 育 士 等：認定こども園に勤務する保育士、保育教諭又は幼稚園教諭