（参考様式）

勤務証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 雇用契約日 | 　　年　　月　　日 |
| 勤務開始日 | 　　年　　月　　日 |
| 雇用期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 雇用形態（常勤、非常勤の別） |  |
| 勤務先事業所名及び勤務年数（異動があった場合はそれぞれ記載） | 事業所名 | 勤務年数 |
|  | 　年　　か月 |
|  | 　年　　か月 |
|  | 　年　　か月 |
| 職種 |  |

　上記の者は、勤務開始日から、証明日現在まで上記内容で勤務していることを証明します。

　　年　　月　　日

　　　法人名称

　代表者職氏名

（記入上の注意）

・この証明書は、事業所の方が記入していただきますようお願いいたします。

・給付金の対象となるには、証明日が交付申請日の属する年度の２月１日以降であることが必要となります。

・勤務先事業所名及び勤務年数について、異動を一度もしていない場合は一行目のみの記載としてください。

・職種は、サービスごとに介護保険法等に定められる、人員基準上必要とされる職種名を記載してください。兼務の場合はそれぞれの職種を記載してください。