令和２年度　雇用等証明書兼誓約書

 　　　　　　　　 を甲、 　　　　　　　　　 を乙とする。甲は、乙の雇用等について以下のとおり証明する。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 採用年月日 | 年　月　日 | 職　種　名 |  |
| 勤務先 | 　 |
| 勤務先所在地（就業の場所） |  |
| 採用形態 | 1日　　　時間勤務（1日の勤務時間が不定期の場合：平均 時間）週　　　　日勤務　　　週の総勤務時間数 　　　　　時間 |
| 今年度補助期間 | （開始）　　　　年　月　から　（終了）　　　　年　月 |
|  | 　年度途中で補助が終了した場合、以下を記入してください。　（終了理由）該当するものに○をつけてください。・　奨学金返済が完了した　　　　　・　退職した・　対象外事業所に異動になった・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 重複申請の確認 | 介護職員奨学金返済・育成支援事業と重複申請していないことを確認。※確認後、右欄にチェック。 |[ ]
| その他 | 甲は乙について、令和２年度障害福祉サービス事業所職員奨学金返済・育成支援事業費補助金交付要綱（以下、要綱という。）に基づき、次のことを誓約いたします。１　要綱別紙の２に定める、対象者となる要件を満たしていること。２　奨学金の返済について虚偽がないこと。（※）※　法人は対象者の奨学金の返済金額や返済状況等を必ず確認してください。 |
| 備　　　考 |  |

　　　令和　　　年　　　月　　　日

東京都知事　殿

（甲） 法人名：

 代表者職氏名：

（乙） 氏名：