

# 記入例

別紙様式 1

## 雇用等証明書兼誓約書

\_\_\_\_\_ **社会福祉法人〇□△** \_\_\_\_\_を甲、\_\_\_\_\_ **保健 次郎** \_\_\_\_\_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	<b>保健 次郎</b>		
採用年月日	<b>令和3年4月1日</b>	職種名	<b>介護職員</b>
勤務先	<b>西新宿〇〇介護事業所</b>		
勤務先所在地 (就業の場所)	<b>東京都新宿区西新宿2-7-1</b>		
採用形態	1日 <b>8</b> 時間勤務 (1日の勤務時間が不規則の場合：平均 時間) 週 <b>5</b> 日勤務 週の総勤務時間数 <b>40</b> 時間		
今年度 補助期間	開始) <b>令和3年 10</b> 月 から (終了) <b>令和4年 3</b> 月		
	次の4要件を全て満たした月から補助対象期間開始 ①職員の採用 …令和3年4月      ②奨学金返済手当等制度の創設 …令和2年度済み ③奨学金返済手当等の支給開始 …令和3年10月      ④奨学金返済開始 …令和3年10月		
重複申請 の確認	甲は乙について、障害福祉サービス事業所職員奨学金返済・育成支援事業と重複申請していないことを確認の上、誓約いたします。		<input checked="" type="checkbox"/>
勤務経験等	甲は乙について、次の①から③のいずれかに該当することを確認の上、誓約いたします。		
	①	令和2年度の本事業の対象者であったこと。	<input type="checkbox"/>
	②	①に該当しない場合 上記「採用年月日」以前に、介護職員として通算6月以上勤務した経験（学校等の在籍中にアルバイト等として勤務した経験を除く。）がないこと。	<input type="checkbox"/>
③	①及び②に該当しない場合	③ 平成28年4月1日以降に、学校等を修了及び卒業したこと。	<input checked="" type="checkbox"/>
その他	甲は乙について、令和3年度介護職員奨学金返済・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			

チェック

①～③のいずれかに該当することを確認し、該当する項目にチェックを付けてください。

法人は、対象者の返済状況、重複申請が無いことを必ず確認してください。

**令和4年 1月 5日**

東京都知事殿

(甲) 法人名：**社会福祉法人〇□△**

(乙) 氏名：**保健 次郎** 印

代表者職氏名：**代表取締役 介護 正男** 印

# 記入例（異動・改姓した継続対象者）

別紙様式 2

## 雇用等証明書兼誓約書

\_\_\_\_\_ **社会福祉法人〇〇△** \_\_\_\_\_ を甲、\_\_\_\_\_ **健康 花子** \_\_\_\_\_ 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	<b>健康 花子</b>		
採用年月日	<b>令和2年4月1日</b>	職種名	<b>介護職員</b>
勤務先	<b>西新宿〇〇介護事業所</b>		
勤務先所在地 (就業の場所)	<b>東京都新宿区西新宿2-7-1</b>		
採用形態	1日 <b>8</b> 時間勤務 (1日の勤務時間が不規則の場合：平均 時間) 週 <b>5</b> 日勤務 週の総勤務時間数 <b>40</b> 時間		
今年度 補助期間	開始) <b>令和3年4月</b> から (終了) <b>令和4年3月</b>		
	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	甲は乙について、障害福祉サービス事業所職員奨学金返済・育成支援事業と重複申請していないことを確認の上、誓約いたします。		<input checked="" type="checkbox"/>
勤務経験等	甲は乙について、次の①から③のいずれかに該当することを確認の上、誓約いたします。		
	①	令和2年度の本事業の対象者であったこと。	<input checked="" type="checkbox"/>
		令和2年度以前からの継続対象者のうち、令和2年度の実績報告後に雇用状況等に変更があった場合、備考欄に以下の変更内容を記載してください。 【異動した場合】 ▶異動した年月日 ▶異動前と異動後の事業所の名称 【改姓した場合】 ▶改姓した年月日 ▶旧姓	算6 イト <input type="checkbox"/> び卒 <input type="checkbox"/>
その他	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	<b>令和3年5月1日付けで××介護事業所から西新宿〇〇介護事業所へ異動</b>		

**令和4年 1月 5日**

東京都知事殿

(甲) 法人名：**社会福祉法人〇〇△**

(乙) 氏名：**健康 花子** (印)

代表者職氏名：**代表取締役 介護 正男** (印)