

## 記入例

## 令和6年度 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	保健 次郎		
採用年月日	令和6年4月1日 <small>(常勤介護職員(有期雇用除く。))として採用した年月日)</small>	職種名	介護職員
勤務先	西新宿〇〇介護事業所		
勤務先所在地 (就業の場所)	東京都新宿区西新宿2-7-1		
採用形態	1日8時間勤務(1日の勤務時間が不定期の場合:平均 時間) 週5日勤務 週の総勤務時間数 40 時間		
今年度補助期間	(開始) 令和6年10月 から (終了) 令和7年3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6年4月 ② 奨学金返済手当等制度の創設…令和5年度済み ③ 奨学金返済手当等の支給開始…令和6年10月 ④ 奨学金返済開始…令和6年10月		
重複申請の確認	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。 ※確認後、右欄にチェック		<input checked="" type="checkbox"/>
該当する対象者要件 (前提: 補助対象事業所職員)	(1) 令和6年1月2日から令和7年1月1日までに補助対象事業所に採用され、採用日までに学校等(※1)を卒業等(※2)している者。また、補助対象事業所に採用される日以前に、介護職員として通算6月を超えて勤務した経験がない者(ただし、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。)であって、介護福祉士となる資格を有しない者。また、現に奨学金を返済している者。 (2) 令和5年度の対象者であった者(「確定通知書」の発行を受けた者)。また、現に奨学金を返済している者。なお、平成31年度、令和2年度、令和3年度又は、令和4年度の本事業の対象者であって、長期休業により奨学金返還期限の猶予中であること等のやむを得ない事情によって令和5年度の本事業の対象者とならなかった者を含む。		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他	甲は乙について、令和6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			

(※1) 学校教育法(昭和22年法律第26号)に規定する学校をいう。  
(※2) 修了又は卒業をいう。

令和6年11月15日

東京都知事 殿

(甲) 法人名: 社会福祉法人〇□△

代表者職氏名: 代表取締役 介護 正男 (印)

(乙) 氏名: 保健 次郎 (印)

印鑑証明と同じ印を押印してください。

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。

(1) または (2) 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。

## 記入例 (異動・改姓した場合)

令和6年度 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	健康 花子		
採用年月日	令和5年4月1日 <small>(常勤介護職員(有期雇用除く。))として採用した年月日)</small>	職種名	介護職員
勤務先	西新宿〇〇介護事業所		
勤務先所在地 (就業の場所)	東京都新宿区西新宿2-7-1		
採用形態	1日 8時間勤務 (1日の勤務時間が不定期の場合: 平均 時間) 週 5日勤務 週の総勤務時間数 40 時間		
今年度補助期間	(開始) 令和 6年 4月 から (終了) 令和 7年 3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 ・ 補助対象期間60か月満了 ・ その他 ( )		
重複申請の確認	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。 ※確認後、右欄にチェック		<input checked="" type="checkbox"/>
該当する対象者要件 (前提: 補助対象事業所に在籍する常勤の介護職員)	(1) 令和6年1月2日から令和7年1月1日までに補助対象事業者に採用され、採用日までに学校等(※1)を卒業等(※2)している者。また、補助対象事業者に採用される日以前に、介護職員として通算6月を超えて勤務した経験がない者(ただし、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。)であって、介護福祉士となる資格を有しない者。また、現に奨学金		<input type="checkbox"/>
※(1)(2)のいずれかにチェック	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	また、令和6年度に奨学金返済が完了した場合は、令和6年度に補助対象期間が満了したものとみなす。	<input checked="" type="checkbox"/>
その他	※ 法人は対象者に対する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。	奨学金交付要	
備考	令和6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		

(※1) 学校教育法(昭和22年法律第26号)に定めがある大学院、大学、短期大学、高等専門学校、専修学校及び高等学校をいう。

(※2) 修了又は卒業をいう。

令和6年11月15日

東京都知事 殿

(甲) 法人名: 社会福祉法人〇〇△〇

代表者職氏名: 代表取締役 介護 正男 (印)

(乙) 氏名: 健康 花子 (印)

印鑑証明と同じ印を  
押印してください。