

## 令和6年度 雇用等証明書兼誓

記入例（令和6年度事業計画書提出以降の採用者）  
※交付申請からの新規追加者

株式会社 ○□△ を甲、東京 四郎 を乙とする  
とおし証明する。

氏 名	社会 五郎		
採用年月日	2024年10月1日 <small>(常勤福祉・介護職員(有期雇用除く。))として採用した年月日)</small>	職種名	保育士
(就業の場所)	新宿○○教室 東京都新宿区西新宿2-8-1		
採用形態	1日 8 時間勤務 (1日の勤務時間が不規則の場合：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) 2024年4月 から (終了) 2024年12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		<input checked="" type="checkbox"/>
該当する対象者要件 <small>(前提：補助対象事業所に在籍する常勤の福祉・介護職員)</small>	(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を採用され、その採用日までに、学校等(※1)を卒業等(※2)しており、補助対象事業者を採用される日以前に、障害及び高齢分野において、福祉・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、対象資格(※3)をいずれも有しない者。また、現に奨学金を返済している者。		<input checked="" type="checkbox"/>
※(1)(2)のいずれかにチェック	(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。(※4)		<input type="checkbox"/>
その他	令和6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			

2025年(令和7年)1月1日以前の採用であること

重複申請していないことを確認の上、チェックを入れてください。

新規対象者→(1)にチェック

(※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。(※3) 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士及び公認心理師をさす。  
 (※4) 令和4年度以前に本事業の対象者であったが長期休業による返済猶予中等のやむを得ない事情により令和5年度の対象者とならなかった者を含む。

令和7年1月○日

法人印(登録印)を押印ください。

東京都知事 殿

(甲) 法人名：株式会社 ○□△  
代表者職氏名：代表取締役 福祉 正子

(乙) 氏 名：東京 四郎

印

## 令和6年度 雇用等証明書兼

記入例(令和6年度事業計画書  
提出以降に法人内対象事業所  
へ異動)

※交付申請からの新規追加者

株式会社 ○□△ を甲、保健 花代 を乙と  
とおひ証明する。

氏名	保健 花代		
採用年月日	2024年4月1日 (当 福祉・介護職員(有期雇用除く。)として採用した年月日)	職種名	世話人
勤務先	新宿○○ホーム 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) 2025年1月 から (終了) 2025年3月		
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		<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福祉・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 <sup>1</sup> に採用され、その採用日までに、学校等(※1)を卒業等(※2)しており、補助対象事業者 <sup>1</sup> に採用される日以前に、障害及び高齢分野において、福祉・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、対象資格(※3)をいずれも有しない者。また、現に奨学金を返済している者。		<input checked="" type="checkbox"/>
※(1)(2)のいずれかにチェック	(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。(※4)		<input type="checkbox"/>
その他	令和6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 奨学金の返済に異動した日が分かるように記載ください。 ※ 法人は対象者の...認してください。		
備考	2025年1月1日に、対象事業所の「新宿○○ホーム」へ法人内異動した。		

2024年(令和6年)1月2日から  
2025年(令和7年)1月1日までの間の採用であること

・開始は、4要件を全て満たし、対象事業所に異動した月以降となります。  
・補助期間の開始は、2025年1月以前であることが必要です。

重複申請していないことを確認の上、チェックを入れてください。

新規対象者→(1)にチェック

令和6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。

異動した日が分かるように記載ください。

(※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。(※3) 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士及び公認心理師をさす。  
(※4) 令和4年度以前に本事業の対象者であったが長期休業による返済猶予中等のやむを得ない事情により令和5年度の対象者とならなかった者を含む。

令和7年1月○日

法人印(登録印)を押印ください。

東京都知事 殿

(甲) 法人名: 株式会社 ○□△  
代表者職氏名: 代表取締役 福祉 正子

(乙) 氏名: 保健 花代

印