

記入例

令和7年度 雇用等証明書兼誓約書

社会福祉法人〇〇△ 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7年4月1日 (常勤介護職員(有期雇用除く。))として採用した年月日)	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7年 10月 から (終了) 令和8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7年4月 ②奨学金返済手当等制度の創設…令和6年度済み ③ 奨学金返済手当等の支給開始…令和7年10月 ④奨学金返済開始…令和7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		☒
該当する対象 者要件 (前提: 補助対象事業 所職員に採用された者)	(1) 令和7年1月2日から令和8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、 <u>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</u> (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) <u>令和6年度の対象者であった者</u> (「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、令和2年度、令和3年度、令和4年度又は令和5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6年度の本事業の対象者とならなかった者を含む。		☐ ☒
その他	甲は乙について、令和7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
(※2) 修了又は卒業をいう。

令和7年11月15日

東京都知事 殿

(甲) 法人名: 社会福祉法人〇〇△

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 7 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 （常勤介護職員（有期雇用除く。）として採用した年月日）	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 7 年 4 月 から (終了) 令和 8 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 (年 月 日) ・ 対象外事業所に異動になった ・ 補助対象期間 6 0 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		☒
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 7 年 1 月 2 日から令和 8 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		☒
※ (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		☐
そ の 他	※ 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 7 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 2 2 年法律第 2 6 号）に定めのある大学院、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 7 年 1 1 月 1 5 日

東京都知事 殿

(甲) 法 人 名：社会福祉法人〇〇△△
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。