

令和 7 年度 雇用等証明書兼

記入例 (令和7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
とおり証明する。

氏 名	保健 花代		
採 用 年 月 日	2025 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) 2026 年 1 月 から (終了) 2026 年 3 月		
	年度途中で補助期間が変更される場合は、以下を記入してください。 (終了理由) ・ 奨学金返済 ・ 対象外事業 ・ その他 ・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、2026 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。		
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		☒
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 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、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。		☒
※ (1) (2) のいずれかにチェック	(2) 令和 6 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)		☐
そ の 他	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。 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 確認してください。		
備 考	2026 年 1 月 1 日付で、対象事業所の「新宿○○ホーム」へ法人内異動した。		

(※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 5 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 6 年度の対象者とならなかった者を含む。

令和 8 年 1 月 〇 日

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

法人印(登録印)を押印ください。

印