

記入例

(介護DX推進人材育成支援事業 東京都様式)

令和7年度 介護DX推進人材育成支援事業

変更前対象者

(交付申請時には、任命及び補助期間が令和7年10月から令和8年3月までであった)

書

- 別記様式第2号の「役職名又は職種」の内容と合わせてください。
- 役職に就いている場合は、役職名と職種を記載してください。
- 役職に就いていない場合は職種の記載だけで結構です（役職名は空欄）。

氏 名	千葉 三郎		役 职 名	介護主任
採 用 年 月 日	平成30年4月1日 (無期雇用職員として採用した年月日)		職 種	介護職
勤務先事業所名	西新宿特別養護老人ホーム			
勤務先所在地 (就業の場所)	東京都新宿区西新宿2-8-1			
採 用 形 態 〔※どちらかにチェック〕	<input checked="" type="checkbox"/>	無期雇用 常勤職員	規程等に規定化された名称を記載ください。	
	<input type="checkbox"/>	無期雇用 非常勤職員 ※週20時間以上勤務の雇用契約である。	任命期間、補助期間を実態に合わせて変更ください。	
介護DX推進人材の 法 人 内 名 称	DX推進リーダー			
介護DX推進人材の 今 年 度 任 命 期 間	(開始) 令和7年10月 から (終了) 令和8年1月			
該当理由に○をつけてください。その他 の場合は理由を記載ください。	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。 <input checked="" type="radio"/> 退職した • 休職した • その他 ()			
重複申請の確認	障害福祉サービス等DX推進人材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"/>
備 考	令和8年1月31日付けで退職			

該当理由が「退職」や
「休職」の場合は日付
を記載ください。

令和8年1月6日

東京都知事 殿

印鑑証明書の印を押印ください。

法 人 名 : 社会福祉法人とうきょう会

代表者職氏名 : 理事長 福祉 花子

印印

職名も忘れずに記載ください。

記入例

(介護DX推進人材育成支援事業 東京都様式)

令和7年度 介護DX推進人材育成支援事業

変更後対象者

(千葉さんに代わって、令和8年2月から介護DX推進リーダーに任命される)

申書

- 別記様式第2号の「役職名又は職種」の内容と合わせてください。
- 役職に就いている場合は、役職名と職種を記載してください。
- 役職に就いていない場合は職種の記載だけで結構です（役職名は空欄）。

氏 名	埼玉 月子		役 职 名	
採 用 年 月 日	令和4年4月1日 (無期雇用職員として採用した年月日)		職 种	介護職
勤務先事業所名	西新宿特別養護老人ホーム			
勤務先所在地 (就業の場所)	東京都新宿区西新宿2-8-1			
採 用 形 態 〔※どちらかにチェック〕	<input checked="" type="checkbox"/>	無期雇用 常勤職員		
	<input type="checkbox"/>	無期雇用 非常勤職員 <small>※週20時間以上勤務の雇用契約である</small>		
介護DX推進人材の 法 人 内 名 称	DX推進リーダー			
介護DX推進人材の 今 年 度 任 命 期 间	(開始) 令和8年2月 から (終了) 令和8年3月			
今年度の手当等 支 給 に 係 る 補 助 期 间	(開始) 令和8年2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。 ・ 退職した • 休職した ・ その他 ()			
重複申請 の 確 認	障害福祉サービス等DX推進人材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"/>
備 考				

令和8年1月6日

東京都知事 殿

印鑑証明書の印を押印ください。

法 人 名 : 社会福祉法人とうきょう会

代表者職氏名 : 理事長 福祉 花子

印

職名も忘れずに記載ください。