

兵庫県介護福祉士修学資金等
業務従事開始届

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会会長 様

貸付決定番号		
住所及び 電話番号	〒 - 携帯番号： 電話番号： ()	
フリガナ		研修修了年月日 ^{※1}
氏名		年 月 日

下記のとおり介護職員・障害福祉職員等として業務への従事を開始したので、次のとおり届け出ます。

業務 従事先 ^{※2}	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	事業所名	
	事業所番号	
	職種	介護職員 ・ 障害福祉職員 ※介護分野就職支援金の利用者は介護職員に○、障害福祉分野就職支援金の利用の場合は障害福祉職員に○をしてください。
業務開始日	年 月 日 ※研修修了年月日以前から雇用している場合は、修了日が開始日となります。(修了日を開始日として記載してください)	

上記のとおり、従事を開始したことを証明いたします。

令和 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）

施設（所属団体）長の職及び氏名

公
印

作成者氏名：	担当部署・役職：	電話番号（直通）：
--------	----------	-----------

* 就労先の要件 介護保険・障害福祉サービスを実施している事業所又は施設（裏面を参照ください）

<裏面>

※ 1 借受人が本貸付金を利用する際に申請された研修の修了年月日を記入してください。

※ 2 業務従事先について

業務従事先の介護保険施設・障害福祉サービス、事業所について、下記表の中の(1)又は(2)の中から該当するものに○を付けて下さい。

(1) 介護分野就職支援金の対象となる介護保険施設・事業所	
① (介護予防) 訪問介護	⑫ 看護小規模多機能型居宅介護
② 夜間対応型訪問介護	⑬ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護
③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	⑭ 介護福祉施設サービス
④ (介護予防) 訪問入浴介護	⑮ 地域密着型介護老人福祉施設サービス
⑤ (介護予防) 通所介護	⑯ (介護予防) 短期入所生活介護
⑥ 地域密着型通所介護	⑰ 介護老人保健施設サービス
⑦ (介護予防) 通所リハビリテーション	⑱ (介護予防) 短期入所療養介護 (老健)
⑧ (介護予防) 特定施設入居者生活介護	⑲ 介護療養施設サービス
⑨ 地域密着型特定施設入居者生活介護	⑳ (介護予防) 短期入所療養介護 (病院等)
⑩ (介護予防) 認知症対応型通所介護	㉑ 第 1 号訪問事業
⑪ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	㉒ 第 1 号通所事業
(2) 障害福祉分野就職支援金の対象となる障害福祉サービス、事業所	
① 障害児通所支援事業を行う施設	⑬ 下記の障害福祉サービス事業
② 児童発達支援センター	・ 居宅介護
③ 障害児入所施設	・ 重度訪問介護
④ 知的障害児入所施設	・ 同行援護
⑤ 知的障害児通園施設	・ 行動援護
⑥ 盲ろうあ児施設	・ 療養介護
⑦ 肢体不自由児施設	・ 生活介護
⑧ 重症心身障害児施設	・ 短期入所
⑨ 身体障害者更生援護施設	・ 重度障害者包括支援
⑩ 地域活動支援センターを行う事業所	・ 就労継続支援
⑪ 障害者支援施設	・ 共同生活援助
⑫ 児童デイサービスを行っている事業所	

【注意事項】

※雇用形態（常勤・非常勤等）や1日の勤務時間は問いません。

※対象となる職種は利用者に対して直接サービスを提供する者（介護職員、訪問介護員、介護従事者、生活支援員 等）に限ることとし、下記のような方は対象外となります。

- ・施設長 ・管理者 ・サービス提供責任者 ・介護支援専門員 ・社会福祉士
- ・生活相談員 ・看護師 ・理学（作業）療法士 ・事務員 ・調理員 ・運転手 等