（離職介護人材再就職準備金）

同一期間内に複数の事業所に所属する（掛け持ちしている）方のみ記入が必要です。
なお、所属する事業所ごとに提出していただく必要があります。

従 事 日 数 内 訳 書

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

東京都社会福祉協議会会長　様

貸付対象者従事先
施設・事業所名　　社 判

管理者の
職名および氏名

担当者連絡先

下記の者について、以下のとおり非常勤職員として介護職員等の業務に従事したので届け出ます。

貸付対象者 氏名		生年月日	（昭和・平成・西暦） 年　　月　　日
貸付対象者 住所	〒　　－		

（介護職員等の業務に従事した日に〇をつけてください。）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計

合　計	日

【留意事項】
＊有給休暇や在宅勤務の日を算定に含めて構いません。
＊感染症等により、施設・事業所都合で、勤務日でなくなった場合は、出勤日として算定に含めて構いません。
＊一日の勤務時間は問いません。
＊夜勤の日を１日と換算するか２日と換算するかについては従事先施設にてご判断ください。
＊この様式で証明を得ることが難しい場合は、従事先が発行した出勤簿の写し（月ごとの日数の合計の記載および証明者の記名押印必須）等に代えることができます。