東京都社会福祉協議会保育補助者雇上支援資金貸付申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 貸付№ＨＹ２１ | |
| 申込事業者 | 施設・事業所名 | フリガナ | | | | | | | 施設・  事業所長名 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |
|  | | | | | | |  | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL　　　　（　　　　　） | | | | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 法人名 | フリガナ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 法人住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 法人連絡先 | TEL　　　　（　　　　　） | | | | | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | |
| 実施事業 | □　認可保育所（公設民営は可）  □　幼保連携型認定こども園（公設民営は可）  □　小規模保育事業　　　　　□　事業所内保育事業  □　認証保育所　　　　　　　□　企業主導型保育事業 | | | | | | | | | | | |
| 保育補助者氏名  ＊複数配置の場合は下記(★)欄に記入。 | フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| ① | | ② | | | | | | | | | |
| 連帯保証人（法人代表者） | 氏名 | フリガナ | | | 役職 | | | | |  | | | |
|  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅TEL　　　（　　　　） | | | | 携帯TEL　　　　（　　　　） | | | | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日　生 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先（法人名） | フリガナ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先連絡先 | TEL　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 | フリガナ | | | | | 役職 | | | |  | | |
|  | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅TEL　　　（　　　　） | | | | 携帯TEL　　　（　　　　） | | | | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日　生 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名称 | フリガナ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 貸付希望額 | | 貸付対象額 | 給与 | 円 | | | | | | | | | |  |
| 諸手当 | 円 | | | | | | | | | |  |
| 福利厚生費 | 円 | | | | | | | | | |  |
| 社会保険料（事業主負担分） | 円 | | | | | | | | | |  |
| １ヶ月　合計 | 円 | | | | | | | | | |  |
| 送金額算定月額　⇒　(A) | 円 | | | | | | | | | | 加算無　246,083円  加算有　430,666円  ＊1ヶ月合計額と上記で少ない方の額を左欄記入 |
| 貸付希望期間  （３年以内） | 西暦）　　　　年　　月～　　　　　年　　月　（　　　　ヶ月）　⇒　(B) | | | | | | | | | | | |
| 保育補助者複数配置・加算要件★  ＊加算希望の場合は記入 | 常勤保育士数(C) | | | | 人 | | | | | | | Ｒ3.4.1時点 |
| 未就学児をもつ保育士数(D) | | | | 人 | | | | | | |
| 未就学児をもつ保育士割合(E) | | | | ％ | | | | | | | (E)＝(D)÷(C)×100 |
| 加算希望★  ＊希望の場合は☑ | □　令和3年4月1日における常勤保育士に占める未就学児を持つ保育士の割合が2割以上ですので、補助者を複数配置し加算を希望します。 | | | | | | | | | | | |
| 貸付希望額  【(A)×(B)】 | 円 | | | | | | | | | | | |

西暦）　　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　会長　様

上記記載事項及び添付書類に相違ありません。

東京都社会福祉協議会雇上支援資金を借り受けたく、関係書類を添えて上記のとおり申込みます。

申込施設・事業所名

施設・事業所長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※施設・事業所長の角印を押印

申込事業者法人名

申込事業者法人代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　※丸印または角印を押印

上記申込により雇上支援資金の貸付を受けたときは、その返還について連帯して債務を負担することを誓約します。

連帯保証人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人代表者）　　　　　　※ご本人が署名し、個人印にて押印

上記申込により雇上支援資金の貸付を受けたときは、その返還について連帯して債務を負担することを誓約します。

連帯保証人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（経営・運営に携わる方）　　※ご本人が署名し、個人印にて押印