

(離職介護人材再就職準備金)

再就職届

東京都社会福祉協議会会長 様

(西暦) 年 月 日

申込者 氏名 ⑩

住所 〒 -

TEL - -

以下の事業所・施設にて勤務を開始したことを届け出ます。

-----以下、施設・事業所記載-----

上記の者は、下記のとおり勤務を開始していることを証明します。

法人名	
施設・事業所名	
施設・事業所所在地	〒
施設・事業所種別	
介護保険事業所番号	
介護職員処遇改善加算 算定の有無	<input type="checkbox"/> 算定している <input type="checkbox"/> 算定していない
職種	
勤務開始日	(西暦) 年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤

(西暦) 年 月 日

施設・事業所の名称

代表者職名及び氏名 (職印)

証明書作成者の所属・氏名

連絡先TEL

(離職介護人材再就職準備金)

再就職届の作成における注意事項

この再就職届は、東京都社会福祉協議会 離職介護人材再就職準備金の申込みにおける必要書類となっています。作成を依頼された施設・事業所のご担当者様におかれましては、下記にご注意いただき作成をお願いいたします。

＜東京都社会福祉協議会 離職介護人材再就職準備金について詳しくはこちら＞

<https://www.tcsw.tvac.or.jp/jinzai/shikin3.html>

- 「施設・事業所名」「施設・事業所所在地」には、申込者が実際に勤務する施設・事業所についてお書きください。本準備金は、東京都の区域内の施設・事業所への就職が対象です。
- 「施設・事業所種別」の記載は下表を参考にしてください。

施設・事業所種別
訪問介護・介護予防訪問介護
訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
通所介護・介護予防通所介護
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
短期入所療養介護（老健）・介護予防短期入所療養介護（老健）
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護
認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
地域密着型通所介護
地域密着型特定施設入居者生活介護
地域密着型介護老人福祉施設
複合型サービス
介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護医療院
介護療養型医療施設

- 「介護職員処遇改善加算算定の有無」は、いずれかに☑をご記入ください。本事業の対象は、介護職員処遇改善加算を算定している施設・事業に介護職員等として就職した場合です。
- 「職種」は、訪問介護員、介護職員、介護従業者等と記載してください。なお、本事業の対象となるのは、介護職員処遇改善加算の算定要件とされる職種の職員です。
- 「雇用形態」は該当するものに☑をご記入ください。「常勤」には非正規の常勤者を含みます。
- 提出された証明書において不明な点があった場合、証明書作成者に問い合わせさせていただくことがあることをあらかじめご了承ください。
- 記載にあたって不明な点があれば、東京都福祉人材センターまでお問い合わせください。