氷見市介護人材就労支援補助金就労状況報告書

　　年　　月　　日

氷見市長　あて

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

　　　　電話番号

　氷見市介護人材就労支援補助金交付要綱第９条の規定に基づく状況報告のため、下記の事項について相違ないことを報告します。

記

□勤務状況の証明（雇用された日から満了日を迎えるまで、６ヶ月を経過する日ごとに提出すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務している介護事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 施設・サービス種別 |  | 勤務開始日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 無給の休暇（産前産後休暇を除く。） | 　　　　　　　　　　　　日間　　　　　　　※勤務開始日から通算した日数 |
| 証明日　　　　　年　　月　　日氷見市長　あて　上記申請者は事業所が直接雇用する職員であり、１週間の所定労働時間が３０時間以上の者であることを証明します。事業所所在地　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　（同一法人内における別の事業所へ異動した場合は、異動後の事業所による証明を受けてください。） |

□勤務状況の変更（該当した場合に提出すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金を返還する事由 | □ | 満了日を迎える日より前の退職 |
| 退職年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 退職の理由 |
| □ | 介護職員等として週３０時間以上勤務しないこととなったこと |
| 勤務する介護事業所等の変更 | □ | 勤務していた介護事業所を退職後１ヶ月以内に別の介護事業所等に介護職員等として勤務したこと |
| 変更前の事業所を退職した年月日 | 　　年　　月　　日 | 変更前の事業所名 |  |
| 変更後の事業所名 |  |
| 退職日から勤務開始日までの期間 | 　　　日間 | 離職期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 新たに勤務を開始した介護事業所の採用通知書、雇用条件を証する書類（雇用契約証明書又は雇用期間及び勤務条件のわかる雇用契約書等）、従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表の写しを添付してください。 |