

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

貸付番号			
住所及び 電話番号	〒 - 携帯番号： 電話番号： ()		
氏名		生年 月日	年 月 日生

介護福祉士として従事を開始したので、次のとおり届け出ます。

業務 従事先	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	施設名	
	主な業務内容 (いずれかに○)	介護等の業務 ・ 福祉に関する相談援助業務
雇用開始日		資格登録年月日※1
令和 年 月 日		令和 年 月 日

遅い方の日付を記載してください

業務 開始日	令和 年 月 日 から
-----------	-------------

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

法人名（又は施設名）

代表者名（又は施設長名）

公
印

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

<裏面に留意事項がありますのでご覧ください>

裏面（留意事項）

1 業務開始日について

- ・「雇用開始日」と介護福祉士登録証の「登録年月日」を比べて遅い方の日付を記載してください。

登録日以前の期間は、業務開始日は含まれません。

例) 3月に国家試験に合格し、4月1日から勤務開始したが、資格登録年月日が

5月1日の場合、業務開始日は5月1日からとなります。

- ・事業所等開設前の開設準備期間等は業務開始日に含まれません

2 証明者について

- ・「業務従事先の施設名」は借受者が実際に業務に従事している施設名称、住所等を記入してください。法人本部等で証明書を発行される場合は、余白部分に業務従事先の施設名称、住所等を記入してください。
- ・借受者の在職期間以降に、事業所等の名称が変更になった場合などは、現在の名称で証明書を発行し、「業務従事先の施設名（所属団体）」欄の横に括弧書きで旧名称及び事業開始（廃止）年月日を記載してください。
- ・証明印は公印を押印してください。個人経営で公印がない場合は、役所等に公的書類を提出する際に使用している印鑑を押印してください。

3 その他

- ・同一法人内で、複数の事業所又は施設に勤務していた場合は、施設名欄等をそれぞれ記載してください。
- ・記載内容を訂正する場合は、証明印と同じ印鑑を訂正印として押印し、訂正してください。
- ・フリクションペンなど、文字が消えるペンは使用しないでください。

4 返還免除対象業務

- ・福祉系高校修学資金の返還免除対象業務は、以下の種別のサービスを実施する施設・事業所等で、介護職員その他主たる業務が介護等の業務である場合となります。
- ・介護分野事業所における相談援助業務、施設長業務、障害福祉サービス等の事業所にて業務開始した場合は、福祉系高校修学資金返還充当資金に該当します。

福祉系高校修学資金 返還免除の対象となるサービス種別	
①（介護予防）訪問介護	⑫（介護予防）認知症対応型共同生活介護
②（介護予防）訪問入浴介護	⑬地域密着型通所介護
③（介護予防）通所介護	⑭地域密着型特定施設入居者生活介護
④（介護予防）通所リハビリテーション	⑮地域密着型介護老人福祉施設
⑤（介護予防）短期入所生活介護	⑯複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
⑥地域密着型通所介護	⑰介護老人福祉施設
⑦（介護予防）特定施設入居者生活介護	⑱介護老人保健施設
⑧定期巡回・随時対応型訪問介護看護	⑲介護療養型医療施設
⑨夜間対応型訪問介護	⑳第1号訪問事業
⑩（介護予防）認知症対応型通所介護	㉑第1号通所事業
⑪（介護予防）小規模多機能型居宅介護	
福祉系高校修学資金返還充当資金 返還免除の対象となる業務	
ア 介護分野の事業所における相談援助業務や施設長の業務	
イ 介護分野以外の福祉分野（障害者・障害児福祉分野、児童福祉分野等）の事業所における介護業務（直接支援）や相談援助業務、施設長の業務	