

兵庫県 離職した介護人材の再就職準備金に係る
業務従事期間証明書

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会 会長 様

氏名		生年 月日	年 月 日生
研修修了日	年 月 日		

※資格取得後に1年(雇用期間1年、従事日数180日以上)の介護業務経験が必要です。

※研修とは、「介護福祉士」「介護職員実務者研修修了」「介護職員基礎研修修了」「介護職員初任者研修修了」「訪問介護員(ホームヘルパー)1級課程修了」「訪問介護員(ホームヘルパー)2級課程修了」をさします。

業務 従事先 *1	所在地及び 電話番号	〒 - 電話 ()
	従事先名	
	介護保険 事業所番号	
	職種 (いずれかに○)	介護職員 ・ 訪問介護員
雇用期間	年 月 日～ 年 月 日 ※上記研修修了日以降を開始日としてください。	
うち業務に従事した日数	日	

上記のとおり従事していたことを証明します。

住 所
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):
--------	----------	-----------

裏面に記入箇所があります

〈裏面〉

*1 従事先

従事先の介護保険サービス種類について、下記表の中の(1)対象となる介護保険サービスの中から該当するものに○をして下さい。

(1)対象となる介護保険サービス	
①(介護予防)訪問介護	⑫看護小規模多機能型居宅介護
②夜間対応型訪問介護	⑬(介護予防)認知症対応型共同生活介護
③定期巡回・随時対応型訪問介護看護	⑭介護福祉施設サービス
④(介護予防)訪問入浴介護	⑮地域密着型介護老人福祉施設サービス
⑤(介護予防)通所介護	⑯(介護予防)短期入所生活介護
⑥地域密着型通所介護	⑰介護老人保健施設サービス
⑦(介護予防)通所リハビリテーション	⑱(介護予防)短期入所療養介護(老健)
⑧(介護予防)特定施設入居者生活介護	⑲介護療養施設サービス
⑨地域密着型特定施設入居者生活介護	⑳(介護予防)短期入所療養介護(病院等)
⑩(介護予防)認知症対応型通所介護	㉑第1号訪問事業
⑪(介護予防)小規模多機能型居宅介護	㉒第1号通所事業
(2)対象となる職種	
①介護職員	②訪問介護員

【参考】対象外となるサービス

(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)福祉用具貸与、特定(介護予防)福祉用具販売、(介護予防)居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援

【参考】対象外となる職種

管理者、サービス提供責任者、介護支援専門員、生活相談員、事務員、調理員、運転手 等

※上記の他、障がい者施設における介護業務、住宅型有料老人ホームのみの介護業務(併設の通所介護等の業務は該当)も対象外となります。

*2 業務従事日数

●再就職前に介護職員等として「実務経験が1年以上」ある方が対象となります

※「実務経験1年以上」とは、雇用期間が通算365日以上かつ介護等の業務に従事した日数が180日以上ある方です。

●介護職員等として、実際に当該業務に従事した日数を記入してください。

- ・有休休暇、産前産後休暇は日数に含めてください。
- ・欠勤・病気休暇・育児休暇等で従事しなかった日数は除いてください。
- ・1日の勤務時間は問いません(短時間でも1日として計算)。

3 証明者について

- ・貸付希望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、「従事先名称」欄に括弧書きで旧名称及び事業開始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。
- ・同一法人内であっても、複数の事業所又は施設に勤務していた場合は、それぞれで証明書を作成してください。
- ・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。