

第2号様式(第5条関係)

年 月 日

大垣市長 様

所在地
法人または事業所名
代表者職氏名 ⑩
連絡先
(担当者氏名)

勤務状況証明書

大垣市居宅介護等人材就労支援奨励金の交付申請に関して、次のとおり勤務状況を証明します。

法人証明欄	次の者は、当法人(事業所)で直接雇用しており、居宅介護職員として6箇月以上継続して月15日以上勤務していることを証明します。
-------	--

被雇用者	住所	
	氏名	
	勤務事業所名	
	勤務開始年月日	年 月 日(常勤・非常勤)
	月の就労日数	日
	従事する事業	居宅介護・重度訪問看護・同行援護 行動援護・移動支援