

介護職員業務従事期間等証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

(施設名称)

(代表者職氏名印)

所在地

下記の申請者については、当施設において介護業務に従事していたことを証明します。

住 所	〒 -		
フリガナ		性 別	生 年 月 日
申請者氏名	⑩	男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
業 務 従事先	所在地及び 電話番号		
	施設名又は 所属団体名		
	介護職員処 遇改善加算 の該当規定	ア 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 イ 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準 ウ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 エ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	
	職 種		
	雇用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 通算 日間 (うち介護職として勤務した日数 日間)	

※業務に従事した施設の処遇加算算定がア～エに該当する施設とオ～カに該当する施設が異なる場合は、本用紙を複写しそれぞれ該当する施設から証明を受けること。