|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第12号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度）

|  |
| --- |
| 社協受付日付印 |
|  |

**加 入 職 員 加 入 届**年　　　月　　　日社会福祉法人　茨城県社会福祉協議会長　様次のとおり新たに職員となった者があるので、茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 契約者 | 契約者番号 | 施設番号 | 法人名及び代表者 | 印 | 社会福祉施設名 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| № | 氏名 | 生　年　月　日 | 性別 | 職種 | 加　入 年 月 日 | 加入時本俸月額 | 合算申出者の有無及び前契約者名 | 共済法加入の有無 |
|  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 1＝昭2＝平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 1＝男2＝女 |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  | 円 | 有 ・ 無 | 法人名施設名 | 有 ・ 無 |
| ㊞ |
|  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 1＝昭2＝平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 1＝男2＝女 |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  | 円 | 有 ・ 無 | 法人名施設名 | 有 ・ 無 |
| い㊞ |

注）１．「職種」欄は、次の区分により記入して下さい。　　　　施設長、指導員、保育士、介護職員、医師、看護師、訓練指導員、栄養士、調理員、事務員、介助員、ホームヘルパー、介護支援専門員、その他　　２．「生年月日」、「性別」欄は数字を○で囲んで下さい。年月日の余白は数字の「0」を記入して下さい。　　３．「合算申出者の有無」欄は、加入職員期間1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま退職し、退職した日から3年以内に再び加入職員になる場合は有を○で囲み、前契約者名等を記入して下さい。なお、この場合は加入職員期間を合算することができます。 |

2018.4.1