

第2号様式（第6条）

就業証明書

年 月 日

（あて先）印西市長

法人名
法人所在地
法人代表者職・氏名
記載者職・氏名
記載者連絡先

印西市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付にあたり、下記のとおり証明します。

被雇用者	氏名	
	住所	
	雇用開始日	年 月 日から現在も就業中
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
雇用者	法人名	
	所在地	
	代表者職・氏名	
就業先	事業所名	
	所在地	
	事業所番号	
	代表者職・氏名	
	電話番号	

【就業及び受講料等の助成に関する証明欄】

該当する□に✓をつけてください。（1及び2は補助金の交付にあたり必須要件です）

- ☐ 1.研修等の修了日以降、介護職として2か月以上継続して就業している。
- ☐ 2.就業先である介護保険サービス事業所の運営法人等に直接雇用されている。
- ☐ 3.助成を行った又は行う予定がある。※助成金額及び内容がわかる資料を添付してください。
- ☐ 4.助成を行っていない。（今後もし行う予定がない。）

助成金の交付から一定期間後、法人又は事業所に対して、印西市から被雇用者の就業状況を照会する場合があります。