様式第12号（第12関係）

**介護等業務従事期間証明書**

証明書作成年月日：　　**令和**　 **年　 月 　 日**

※記入の無いものは無効とします

宮城県社会福祉協議会会長　殿

 所　　　在　　　地

 （法 人 名）

 施設又は事業所名

 代表者　職名・氏名 公印

 　電 話 番 号 （ ）

 　担当者氏名　　　　　　　　　　　　連絡先 　　（ ）

下記の者の介護等業務従事期間は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 上記者の現住所 | 〒 － |
| 施設又は事業所名 |  |
| 業務従事期間（介護等業務に従事した期間を記入ください） | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 |
| 上記業務期間内の休職等の期間及び事由 |  |
| 業務従事年月数（継続して勤務した年月） | 　年　　　ヵ月　（※従事日数　　　　　日） |
| 職　名（任命している職名） |  |
| 業務内容（具体的に記入ください） |  |

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。（申込者が代表者の場合は除きます）

＊＊＊＊事業所の作成担当者の方へ＊＊＊

※裏面の「介護等業務従事期間証明書」作成上の注意事項をよくお読みの上、作成してください。

※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合は、内容の確認をさせていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください

**「介護等業務従事期間証明書」作成上の注意事項**

* **証明日時点**（証明書作成年月日の記入した日）において、**業務に従事した期間を証明**してください。

１．「証明書作成年月日」は必ず記入してください。記入の無い場合は無効とさせていただきます。

２．代表者職名・氏名欄は必ず職名も記入してください。なお、介護等業務従事期間証明書に記入した就業状況について、確認する場合がありますので、担当者氏名も必ず記入してください。

３．「施設名又は事業所名」は正式な名称を記入してください。

４．「業務従事期間」について

① 被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を和暦で記入してください。

② 証明日までの期間で証明してください。

③ 従事期間内における産休・育休中の休職中は離職していなければ期間に算入してください。ただし、従事年月数及び従事日数には算定できません。

④ 業務従事期間が離れている場合は複数の証明書が必要です。（※１）

⑤ 証明日までに、従事年月数が基準（２年）に満たない場合は、従事期間の基準経過後に再度提出していただくことになります。

５．「業務従事年月数」は、上記の業務期間内に実際に従事した年月数を記入してください。休日（祝日・振替・有給休暇等）は期間に含みますが、病気・産前産後等の休暇で業務に従事しなかった日は除いてください。また、１日あたりの従事時間は８時間とは限りません。

６．「従事日数」は、ホームヘルパー・家政婦等の業務に従事した者が記載該当となります。

７．「職名」について

　　法令等に基づき、その施設・事業等における職名・業務であることを確認し、別紙に示された法令等により規定されている職種名等で記入してください。（※２）

※辞令等で任命している職名が規定されているものと違う場合は双方ご記入ください。

（例： 支援員（生活支援員）、 ケアワーカー（介護職員）、 ケアホーム世話人（介護従事者）等）

８．「業務内容」について

証明者の本来業務と、施設種別・事業等を具体的に記入してください。

（記入例）

「養護老人ホームにおける介護業務」、「指定居宅ｻｰﾋﾞｽ事業所における訪問介護員」、「○○実施要綱の○○事業において主たる業務が介護等の業務であるもの」等

９．記載事項を訂正する場合は、証明権限を有する者の訂正印で訂正願います。証明権限者の訂正印のないもの、修正液等の使用により訂正した証明書は、無効となりますのでご注意ください。

※１）転職や所属配置の変更等で勤務先が複数に分かれる場合や、同一施設であっても期間が連続していない、又は業務内容が異なる場合は、それぞれの業務従事期間について証明が必要になりますので、用紙をコピーして頂き、該当する期間分の提出をお願いします。

※２）昭和６３年２月１２日社庶第２９号社会局長・児童家庭局長連名通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲について」の別添１に定める職種若しくは別添２に定める職種又は当該施設の長の業務