年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する勤続年数証明書

（あて先）各務原市長

所在地

法人名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　　　　　）

　下記の者については、以下のとおり当法人にて勤務していることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 勤務先名称 | 従事した職種 | 業務従事年月数 |
| １ | （　年　月　日生） |  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |
| 現在： |  | 　　年　　月 |
| 合　　計（通算） | 　　年　　月 |
| ２ | （　年　月　日生） |  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |
| 現在： |  | 　　年　　月 |
| 合　　計（通算） | 　　年　　月 |
| ３ | （　年　月　日生） |  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |
| 現在： |  | 　　年　　月 |
| 合　　計（通算） | 　　年　　月 |
| ４ | （　年　月　日生） |  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |
| 現在： |  | 　　年　　月 |
| 合　　計（通算） | 　　年　　月 |
| ５ | （　年　月　日生） |  |  | 　　年　　月 |
|  |  | 　　年　　月 |
| 現在： |  | 　　年　　月 |
| 合　　計（通算） | 　　年　　月 |

* サービス提供体制強化加算体制を申請する事業所ごとに作成すること。
* 証明書が複数枚にわたる場合は、適宜コピーして使用すること。

＜記入例＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 勤務先名称 | 従事した職種 | 業務従事年月数 |
| １ | 　岐阜　花子(S44年１月１日生） | 特別養護老人ホーム○○ | 介護職員 | 　１年　０月 |
| デイサービスセンター○○ | 介護職員 | 　　年　６月 |
| 現在：デイサービス×× | 生活相談員 | 　２年　６月 |
| 合　　計（通算） | 　４年　０月 |