

互助共励事業

互助共励事業について

- (1) 互助制度 大分県内に事業所を有する民間の社会福祉施設の業務に従事する職員（以下施設職員）が加入できます。
- (2) 互助共励 大分県内の市町村社協及びその他社会福祉団体の業務に従事する職員（以下団体職員）が加入できます。
また、現在の退職共済支援事業の前身の事業より加入いただいている方（凍結者）も加入しています。

加入について

新規加入は、毎年4月と10月に受け付けます。
『加入申込書』（様式6）にてお申し込みください。

加入日は、4月1日または10月1日となります。加入日以降採用の職員については、次の加入日での加入となります。

加入申込についてはP. 6の様式をコピーしたものに必要事項を記入し、承認印を捺印の上、必ず提出期限内に提出してください。

 [記入例はP.5](#)

拠出金（掛金）について

4～9月までの前期半年分を4月末日までに、10～3月までの後期半年分を10月末日までに、前納していただきます。専用の振込用紙（白色）にて、お振り込みください。

拠出金額については、次のとおりです。

社会福祉施設・・・1人あたり半年分1,200円（経営者600円＋会員600円）
市町村社協・団体・・・1人あたり半年分6,000円（経営者3,000円＋会員3,000円）

前期分は4月1日現在加入職員数分を、後期分は10月1日現在加入職員数分を振り込んでいただきます。



互助制度（社会福祉施設）につきましては、掛金の中断は出来ませんので休職中の職員であっても掛金はお納めください。

事業所情報、職員氏名の変更について

次の場合、『変更届』（様式4）にて届出を行ってください

- (1) 代表者の変更・訂正
- (2) 事業所・施設名称の変更・訂正
- (3) 事業所・施設所在地の変更・訂正
- (4) 職員の氏名の変更・訂正

 [記入例はP.6](#)



県退職共済支援事業に加入されている場合であっても届出は必要となりますのでご注意ください。

事業所間の異動について

互助共励事業加入職員が、退職後1日の空白もなく他の互助共励事業加入事業所に採用された場合は、退職ではなく事業所間の異動として加入期間を継続することができます。

継続する場合は、『加入職員事業所異動届』（様式5）に、異動前後の事業所がそれぞれ該当箇所に記入・押印し、異動後の事業所が提出してください。

 [記入例はP.7](#)



- ① 県退職共済事業に加入されている場合であっても届出は必要となりますのでご注意ください。
- ② 退職日と採用日が連続していない場合は、異動前事業所で一度脱退処理をして異動後事業所で新規加入していただくこととなります。

脱退について

（1）互助制度（社会福祉施設）の脱退について

加入者が退職・脱退するときは、速やかに『脱退届（施設職員用）』（様式7の1）を提出してください。

但し、県退職共済事業にも加入している職員については、県退職共済事業『脱退・選択一時金給付申請書（加入者）』の備考欄に、互助共励事業職員番号及び加入日を記入すれば脱退届の提出は不要です。

 [記入例はP.8](#)

（2）互助共励（市町村社協・団体及び凍結の方）の脱退について

加入者が退職・脱退するときは、速やかに『県互助共励事業脱退届・請求書』（様式7の2）を提出してください。

脱退一時金振込先金融機関は、脱退一時金請求者ご本人名義のものに限ります。

但し、県退職共済事業にも加入している職員については、県退職共済事業『脱退・選択一時金給付申請書（加入者）』の備考欄に、互助共励事業職員番号及び加入日を記入すれば脱退届の提出は不要です。

 [記入例はP.9、10](#)



- ① 退職者が請求書を提出しない場合であっても脱退届の提出は必要となりますのでその場合は脱退届部分のみ記入、押印し速やかに提出してください。
- ② 請求権の期限は退職日から**5年間**です。5年を経過しますと時効によって消滅しますのでご注意ください。

給付金について

給付金を請求する場合は、『給付金申請・請求書(様式1)』にそれぞれの給付金の種類に応じた証明書類を添付して、提出してください。

給付金は登録の振込先金融機関へ送金します。施設から職員ご本人へお渡しください。

給付金の申請及び請求の期限は、申請事由が発生した日から**2年以内**です。
給付金の種類及び証明書類は次のとおりです。(詳しくは規程を参照してください。)

| 給付種類 | | 証明書類 | 給付金額 | |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|---------|
| 弔慰金 | 公務死亡 | 状況説明書(様式2)・戸籍抄本等・死亡診断書 | 100,000円 | |
| | 一般死亡 | 戸籍抄本等・死亡診断書 | 50,000円 | |
| | 配偶者死亡 | 戸籍抄本等・死亡診断書 | 20,000円 | |
| 傷病手当金 | 公務傷病 | 身体障害者障害程度等級表1級及び2級 | 状況説明書(様式2)・診断書 | 50,000円 |
| | | 〃 3級及び4級 | 〃 | 40,000円 |
| | | 〃 5級及び6級 | 〃 | 30,000円 |
| | 一般傷病 | 1ヶ月以上入院 | 〃 | 20,000円 |
| | | 10日以上1ヶ月未満入院 | 〃 | 10,000円 |
| | | 2ヶ月以上入院 | 診断書 | 20,000円 |
| | | 1ヶ月以上2ヶ月未満入院 | 〃 | 10,000円 |
| 災害見舞金 | 居住する家屋が全焼、全壊又は流出 | 罹災証明書 | 50,000円 | |
| | 居住する家屋が半焼、半壊又は半流出 | 〃 | 30,000円 | |
| | 居住する家屋が床上浸水、土砂流入又は著しく屋根破損 | 〃 | 20,000円 | |
| 結婚祝金(夫婦とも会員の場合は双方に支給) | | 戸籍抄本 | 15,000円 | |
| 出産祝金(夫婦とも会員の場合は双方に支給) (特別養子縁組を含む) | | 戸籍抄本若しくは母子手帳の写し | 15,000円 | |
| 入学祝金(夫婦とも会員の場合は双方に支給) | | 小学校入学証明書(様式3) | 20,000円 | |



- ① 証明書類は必ず規程で定められているものを提出してください。
結婚祝金・出産祝金・入学祝金での証明書類の誤りが多く見られます。
住民票、受理証明書、入学通知書等での支給は出来ませんのでご注意ください。
- ② 写し(コピー)を提出するものについては、その余白に代表者(施設長)の原本証明を記載してください。
- ③ 支給の対象となるかどうかは申請事由が発生した日に加入されているかどうかで判断しますのでご注意ください。
 - ・令和4年10月1日加入で令和4年9月30日入籍の場合
→ 入籍時点では加入されていないので**支給対象外**となります。
 - ・令和5年4月1日加入で令和5年4月小学校入学の場合
→ **支給対象**となります。
 - ・令和5年3月31日脱退で令和5年3月31日出産の場合
→ **支給対象**となります。
- ④ 給付金の申請及び請求の期限は、申請事由が発生した日から2年以内です。2年を経過しますと時効で請求権が消滅しますのでご注意ください。



記入例は [P.11](#) [P.12](#) [P.13](#)

給付に関するQ & A

傷病手当について

- Q1 1か月以上とは具体的に何日から何日になりますか？
A 例えば4月1日から4月30日までや4月20日から5月19日までを1か月としますので、それ以上を1か月以上と見なします。
- Q2 診断書に入院日の記載しかなく、退院日の記載はありません。その診断書でも申請できますか？
A 入院日と退院日の記載がある診断書をご提出ください。
- Q3 転院をしましたが、通算して1か月以上であれば請求できますか？
A 入院期間に空きが無ければ通算できますが、1日以上の空きがあれば通算できません。
- Q4 同じ病気で再入院しました。請求できますか？
A 同じ病気でも1回の入院期間が要件を満たしていれば何度でも請求できます。
- Q5 通勤時の交通事故は公務傷病に該当しますか？
A 労災と認められた場合は、公務傷病に該当します。

災害見舞金について

- Q1 アパートでの別室火災で、居住の部屋の家財が煙や消火活動で全てダメになりました。請求できますか？
A 罹災証明の内容によるので、火災の場合は消防署にて発行し提出ください。ただし本件の場合、要件の家屋の半焼・全焼に該当しない可能性があります。
- Q2 同敷地内の建物が災害により屋根が著しく破損したので対象になりますか？
A 居住する家屋でなければ対象になりません。
- Q3 罹災証明書の「準半壊」は災害見舞金の給付対象になりますか？
A 給付対象になります。3ページの表の「居住する家屋が床上浸水、土砂流入又は著しく屋根破損」の項目で申請してください。

出産祝金について

- Q1 双子で出産した場合は2人分請求できますか？
A できます。
- Q2 添付書類は戸籍抄本と母子手帳の写しが両方必要ですか？
A どちらかで構いません。母子手帳の写しの場合は、出生届出済証明のページをご提出ください。
- Q3 死産で出産した場合は対象になりますか？
A 妊娠4か月以上であれば対象になります。普通出産と同様の添付書類は必要になります。
(母子手帳の「出産の状況」の写し、または健康保険の出産手当金申請書)
- Q4 夫婦で会員になっていますが双方に支給されますか？
A 夫婦それぞれ対象になります。

入学祝金について

- Q1 夫婦で加入していたら双方で請求できますか？
A 夫婦それぞれ対象になります。

施設職員・団体職員 兼用
事業所情報・職員氏名の変更時

様式 4

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

変 更 届

大分県社会福祉協議会会長 殿

年 月 日

| | |
|-----------|--------|
| 住 所 | 大分市〇〇〇 |
| 事 業 所 名 | 〇〇保育園 |
| 代 表 者 氏 名 | 〇〇 〇〇 |

互助共励事業加入内容につき下記のとおり氏名等の変更がありましたのでお届けします。

| | | |
|---------------------------|---|---|
| (事業所用) | 事業所番号 666 | 記 |
| 変 更 事 項 (該当に○印をつけて下さい) | (1) 代表者 (2) 事業所または施設名称 (3) 所在地 (4) その他 () | |
| 変 更 前 | 大分 一太郎 | |
| 変 更 後 | 大分 一郎 | |
| 変 更 年 月 日 | R 8 年 4 月 1 日 | |

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| (職員用) | (5) 職員氏名 | | |
| 変 更 事 項 | | | |
| 職 員 番 号 | フリガナ 新 氏 名 | フリガナ 旧 氏 名 | 変 更 年 月 日 |
| 666001 | ヤマダ ハナコ 山田 花子 | ゴジョ ハナコ 互助 花子 | R8・4・1 |
| | | | . |

⚠ 県退職共済にも加入されている場合は、本様式の届け出とは別途、県退職共済の様式の提出が必要です。

事業所情報が変更になった場合には「事業所関係連絡票」、職員氏名が変更になった場合には「加入者氏名変更(訂正)連絡票」をあわせてご提出ください。

変更等生じた場合は、速やかに届け出ること

施設職員・団体職員 兼用
事業所間の異動時

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

加入職員事業所間異動届

大分県社会福祉協議会会長 殿

年 月 日

県互助共励事業加入職員が下記のとおり異動しましたのでお届けします。

| | | | | |
|---------|-------|----------------------|---|---|
| 異動前の事業所 | 事業所番号 | 9 | 9 | 9 |
| | 住 所 | 大分市大津町1丁目 | | |
| | 事業所名 | 〇〇保育園 (TEL 000-0000) | | |
| | 代表者氏名 | 大分 一郎 | | |

| | | | | |
|---------|-------|----------------------|---|---|
| 異動後の事業所 | 事業所番号 | 8 | 8 | 8 |
| | 住 所 | 大分市大津町2丁目 | | |
| | 事業所名 | △△保育園 (TEL 000-0000) | | |
| | 代表者氏名 | 大分 一美 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------|----|---|---|---------------------------|-----------|----|---------|----|---|---|-----------|----|---|----|---|
| ① | フリガナ 職員氏名 | オオミチ リン 大道 りん | | | | 生 年 月 日 S60 年 5 月 2 日生 | | | | | | | | | | | |
| ② | 加入年月日 | 年号 | 年 | 月 | 日 | ③ | 転出(異動)年月日 | 年号 | 年 | 月 | 日 | ④ | 転入(異動)年月日 | 年号 | 年 | 月 | 日 |
| | | H | 27 | 4 | 1 | | | R | 8 | 10 | 1 | | | R | 8 | 10 | 1 |
| ⑤ | 異動前職員番号 | 9 | 9 | 9 | 0 | 0 | 8 | ⑥ | 異動後職員番号 | 8 | 8 | 8 | 0 | 1 | 5 | | |
| ⑦ | 経営者搬出金累計額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |

転出、転入
は同一日
記入

末番の次の番号から採番して記入

●異動前の事業所
①②③⑤⑦をご記入下さい
異動前事業所→異動後事業所

市町村社協・団体又は凍結分
がある人のみ拠出金を記入

●異動後の事業所
④⑥をご記入下さい。

施設職員脱退時

様式 7 の 1

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

脱退届（施設職員用）

大分県社会福祉協議会会長 殿

R8 年 ○ 月 ○ 日

| | |
|-------|-----------------------|
| 住 所 | 870-0907 大分市大津町1丁目 |
| 事業所名 | 〇〇保育園 |
| 代表者氏名 | 大分 一郎 |

下記の者が脱退したのでお届けします。

| 法人名 | | 事業所番号 | | 事業所名 | | | |
|----------|--------|---------------------------------------|---------|--------|---------|------|--|
| 社会福祉法人〇〇 | | 9 | 99 | 〇〇保育園 | | | |
| 職員氏名 | 職員番号 | 性別 | 生年月日 | 加入年月日 | 脱退年月日 | 脱退理由 | |
| 高城 はな | 999001 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 55.10.1 | R2.4.1 | R8.3.31 | ① | |



県退職共済に未加入で凍結の無い方はご提出ください。

脱退理由は次のいずれかの番号を記入してください。

- ① 一般退職者等②③以外の事由による脱退
② 公務上の死亡による脱退 ③ 死亡による脱退 ④ 退職以外

団体職員脱退時

(経営者控)

(様式 7 の 2)

県互助共励事業脱退届・請求書

令和 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長殿

| | | |
|--------|---------|--------------------------|
| 届者・請求者 | 住 所 | (〒870-0907) 大分市大津町1丁目 |
| | 経営者事業所名 | 〇〇市社会福祉協議会 (電話 000-0000) |
| | 経営者氏名 | 会長 大分一郎 |

1. 脱 退 届

下記の者が脱退したのでお届けします。

| 経営者事業所名 | 経営者番号 | 施 設 名 | | | | | |
|-----------|---------|-------------|---------|---------------|----------|------|--|
| 〇〇社会福祉協議会 | 888 | | | | | | |
| 職員氏名 | 職員番号 | 性別 | 生年月日 | 加入年月日 | 脱退年月日 | 脱退事由 | |
| 大分 四郎 | 888 000 | 男 S R | 5.12.15 | S R 27.4.1 | R 8.5.31 | ① | |

2. 脱退一時金請求書

次のとおり脱退一時金を請求します。

下記脱退者(遺族)口座へお支払いください。

| | | | | |
|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------|
| フリガナ 本人氏名 | 大分 四郎 | 印 | 現住所 | (〒870-0000) 大分市大手町3丁目 |
| フリガナ 遺族氏名 | | 印 | 現住所 | (〒) |
| 脱退一時金 送金先の住所 | (〒) | 同上 | | (電話 000-0000-0000) |
| 最終掛金 納付年月日 | R8 年 4 月 1 日 | 掛金 中断期間 | | 年 月 ~ 年 月 |
| 指定金融機関 (該当に〇印を つけてください) | 1. 銀行口座振込 | 大分 銀行 〇〇 支店 | 普通預金 当座預金 | No. 7777777 |
| | | フリガナ (口座名義 | 大分 四郎 |) |



- ①社協及び団体の互助共励加入者及び凍結のある方はご提出ください。
- ②県退職共済に加入されている方については提出不要です。
- ③併せて退職所得の受給に関する申告書も切り取らずに記入後ご提出ください。

団体職員脱退時

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 年 月 日 税務署長 市町村長 殿 | 年分 退 職 所 得 申 告 書 | 退職所得の受給に関する申告書 |
| 所在地 (住所) 〒870-0907 大分市大津町 1 丁目 | 現 住 所 〒870-0000 大分市大手町 3 丁目 | あなたの 氏 名 大分 四郎 大分 |
| 名 称 (氏名) ○○社会福祉協議会 | 個人番号 (Redacted) | |
| 法人番号 (個人番号) ※提出を受けた退職手当の支払者が記載してください。 | その年1月1日現在の住所 同上 | |
| | | |

◎ この申告書を必ず作成し、切り取らず県社会福祉協議会に送付ください。記入・押印がないと支給額の20.42%が税額として徴収されます。

※ 太線枠内のみ記入してください。

| | | | |
|---|------------|--------------------------------|----------------------------------|
| このA欄には、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。) | | | |
| ① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日 | R8年 5月 31日 | ③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間 | 自 H27年 4月 1日 年 至 R8年 5月 31日 年 |
| ② 退職の区分等 一般 <input checked="" type="radio"/> 生活扶助 <input type="radio"/> 障害 <input type="radio"/> | | うち 特定役員等勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| | | うち 重複勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |

| | | | |
|---|------------------------|---------------------|------------------------|
| あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。 | | | |
| ④ 本年中に支払いを受けた他の退職手当等についての勤続期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 | ⑤ ③と④の通算勤続期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| うち 特定役員等勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 | うち 特定役員等勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| | | うち 重複勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |

| | | | |
|---|------------------------|--------------------------------|------------------------|
| あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。 | | | |
| ⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)の退職手当等についての勤続期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 | ⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| | | ⑧ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑦の勤続期間と重複している期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| | | ⑨ ⑧のうち特定役員等勤続期間との重複勤続期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |

| | | | |
|--|------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。 | | | |
| ⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 | ⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| うち 特定役員等勤続期間 有 無 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 | ⑪ ⑦と⑩の通算期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |
| | | ⑫ ⑪のうち⑧と⑩の通算期間 | 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年 |

| B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。 | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|----------|------------|------------|-----------|-------|----------------------|
| 区分 | 退職手当等の支払を受けたこととなった年月日 | 収入金額 (円) | 源泉徴収税額 (円) | 特別徴収税額 (円) | 支払を受けた年月日 | 退職の区分 | 支払者の所在地 (住所)・名称 (氏名) |
| | | | | | | | |

振込処理後に郵送にて通知書及び、源泉徴収票と共にお返ししますので保管をしてください。(7年保存)

は、所得税及び復興特別所得税及び道府県民税についてはその写しをこの申告書に

3 支払を受けた退職手当等の金額の計算の基礎となった勤続期間に特定役員等勤続期間が含まれる場合は、その旨並びに特定役員等勤続期間、年数及び収入金額等を所定の欄に記載してください。

施設職員・団体職員 兼用

給付金請求時

様式 1

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

給付金申請・請求書

年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

住所 大分市〇〇
事業所名 〇〇保育園

次のとおり関係書類を添えて給付金の申請・請求をします。

| 職員番号 | 氏名 | 請求金額 |
|-----------------------------|-------|----------|
| 666001 <small>(6ケタ)</small> | 山田 花子 | 15,000 円 |

該当するものに〇印をつけて必要事項を記入してください。

| | | |
|---|-------------------------|---------------------------------|
| ★慶弔給付金（該当に〇をつける） 1 公務死亡 2 一般死亡 3 配偶者死亡 | 死亡者氏名 (加入者との続柄) | 死亡年月日 年 月 日 |
| ★傷病手当金（該当に〇をつける） 1 公務傷病 障害等級 2 公務傷病 1ヶ月以上入院 3 公務傷病 10日以上入院 4 一般傷病 2ヵ月以上入院 5 一般傷病 1ヶ月以上入院 | 病名 | 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| ★災害見舞金（該当に〇をつける） 1 居住する家屋が全焼、全壊又は流出 2 居住する家屋が半焼、半壊又は半流出 3 居住する家屋が床上浸水、土石流入又は著しく損壊破損 | 災害の種類と損害の程度 | 発生年月日 年 月 日 |
| <input checked="" type="radio"/> 結婚祝金 | 配偶者氏名 山田 一郎 | 入籍年月日 R8年 6月 20日 |
| <input type="radio"/> 出産祝金 | 子の氏名 | 生年月日 年 月 日 |
| <input type="radio"/> 入学祝金 | 子の氏名 | 生年月日 年 月 日 |

- 申請種類につきそれぞれの下記の証明書を添付すること。
- 写し（コピー）を提出するものについては、その余白に経営者（施設長）の原本証明を

 ①各申請種類に応じた添付書類を一緒にご提出ください。

②結婚等で氏名が変更になった方については変更届も合わせてご提出ください。

施設職員・団体職員 兼用

傷病手当金(公務傷病)添付証明書

様式 2

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

状 況 説 明 書

年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

事業所名

代表者氏名

次のとおり状況を説明します。

| 種類 (該当事項に○印) | 1. 公務死亡 | | <input checked="" type="radio"/> 2. 公務傷害 | 3. 公務に基因する疾病 | |
|-------------------------------|---|--|--|--------------|--|
| フリガナ 職員氏名 | ゴジョ ハナコ 互助 花子 | | 年齢 | 38 才 | 性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> |
| 状況説明 事項 具体的にご記入 ください | ○月×日、職員 互助花子 が、施設入居者の入浴介助中、施設入居者が足を滑らせたところを、支えようとして転倒。 その際に右足首を骨折し、診断書にあるように○月△日～○月□日まで入院。 | | | | |

添付書類

- 1. 公務死亡
死亡した事実及び遺族との身分関係を明らかにする戸籍謄本・抄本、住民票のいずれか、並びに医師の死亡診断書
- 2. 公務傷害および公務に基因する疾病
医師の診断書

※別途、戸籍謄本(抄本)、死亡診断書もしくは、医師の診断書を必ず添付ください。

施設職員・団体職員 兼用
入学祝金添付証明書

様式 3

大分県民間社会福祉事業従事職員互助共励事業

入 学 証 明 書

年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

事業所名 ○○保育園
代表者氏名 大分 一郎

下記のとおり証明します。

| | |
|------|---------------------------------|
| 職員氏名 | 互助 太朗 |
| 子氏名 | 互助 はな |
| 続柄 | 父 |
| 生年月日 | R1 年10 月20 日 |
| 入学日等 | (大分市立 ○ ○) 小学校 R8 年 4 月 入学 |