

静岡県社会福祉事業共済会加入申込書

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長 様

受付日付印

(申込日) 平成 年 月 日

申込日は①通常の申し込みの場合は、静岡県社会福祉事業共済会へ提出した日(施設・事業の認可、届出年月日以降の日)②経営者が変更した場合は、変更後の経営者について都道府県知事等の承認した日等です。

次のとおり静岡県社会福祉事業共済会に加入を申し込みます。

また、併せて 特定介護保険施設等 として申し出ます。
申出施設等

申 込 者	名 称	(フリガナ)				(代表者職・氏名)		(代表者印)
								印
	郵便番号		—		電話番号	市外局 局 番	— —	
	主たる事務所の所在地	都道府県						

退職手当共済契約を締結したことの有無及び締結した期間	有 (自 . . .) . 無 至 . . .)	中小企業退職共済契約を締結していることの有無	有 . 無	給与支払遅滞の有無	有 . 無
社会福祉施設等の有無及びその施設・事業数	有 (施設) . 無	特定介護保険施設等申出の有無及びその施設・事業数	有 (施設) . 無	申出施設等申出の有無及びその施設・事業数	有 (施設) . 無

〈個人情報の取扱いに関する注意事項〉
被共済職員に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附随する業務の範囲内で利用されます。

●連絡先

事 務 担 当 者 名	
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —
E-mail	@

【添付書類】

- 職員名簿(様式第1-2号)
- 社会福祉施設等、特定介護保険施設等及び申出施設等を共済契約申込者が経営していることを証する書類として、①又は②の書類を必ず添付してください。
 - ①当該施設の「許認可書」(写)、「届出書」(写)及び「届出受理書」(写)、その他以下の事項を確認できる書類
ア. 施設・事業の名称 イ. 所在地 ウ. 施設・事業の種類 エ. 入所利用定員
オ. 開始年月日 カ. 許認可、届出年月日
※申出施設等の申出の場合は、ア、イ、オの事項を確認できる書類を添付
 - ②「都道府県知事が発行する証明書」
- 就業規則及び給与規程(基本給(格付)俸給表を含みます。)の写し
- 以下の職員の雇用契約書または辞令
 - ①加入資格が正規職員以外の者
 - ②俸給が格付俸給表に準拠していない者

●社会福祉施設等

区 分		項 目	種 類	入所(利用) 定員数	職員配置 基準数	申 込 時 職員総数	加 入 職員数	加入できない職員数	
								雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満
名 称			※	人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								
名 称			※	人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								
名 称			※	人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								

※ 軽費老人ホームの場合、以下の内容を確認のうえ、□内にチェックを入れてください。

□ 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。

●特定介護保険施設等

区 分		項 目	種 類	入所(利用) 定員数	職員配置 基準数	申 込 時 職員総数	加入職員数		加入できない職員数	
							うち特定 職員数	雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満	
名 称			※1	人	人	人	人	※2 人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX									
名 称			※1	人	人	人	人	※2 人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX									
名 称			※1	人	人	人	人	※2 人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX									

※1 軽費老人ホームの場合、以下の内容を確認のうえ、□内にチェックを入れてください。

□ 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。

※2 老人福祉法第14条の規定による届出がなされた老人居宅生活支援事業のうち、老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業のいずれかと、特定社会福祉事業のいずれかを同一事業所で提供しており、当該特定社会福祉事業割合が3分の1以上3分の2未満である事業所については、この欄に特定職員数を記入してください。

●申出施設等

区 分		項 目	種 類	入所(利用) 定員数	職員配置 基準数	申 込 時 職員総数	加 入 職員数	加入できない職員数	
								雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満
名 称				人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								
名 称				人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								
名 称				人	人	人	人	人	人
所在地	〒 - TEL FAX								