3　届出書の記載例

（１）法人の加入

加入申込書〈様式第１号〉と加入職員名簿〈様式第１－２号〉を作成の上、「許認可書」等関係書類を添付して提出する。

（様式第１号）

静岡県社会福祉事業共済会加入申込書

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

（申込日）平成 ００ 年　4月　1日

申込日：①通常の申し込みの場合は、施設・事業の認可日以降、届出月日以降の日で、申込者が加入を希望する日
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

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（申出施設等） として申し出ます。

申込者	名称	（フリガナ）シャカイ フクシ ホウジン シズオカカイ		（代表者職・氏名）	（代表者印）
		社会福祉法人 静岡会		理事長 静岡太郎	㊞
	主たる事務所の所在地	郵便番号 420－8670	電話番号	市外局 054 局 254 番 5243	
		静岡 都道府県	静岡市葵区駿府町1－70		

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　・　・　至　・　・　）・無	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（2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（1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帯する業務の範囲内で利用されます。

●連絡先

事務担当者名	清水 花子
電話番号	054－254－5243
FAX番号	054－254－5249
E-mail	Shizuokakai@000.ne.jp

【添付書類】
1．職員名簿（様式第１－２号）
2．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」
3．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
4．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	加入できない職員数 労働時間2/3未満
名称	ふじ山保育園	※	人	人	人	人	人	人
所在地	〒420 8670 静岡市葵区駿府町1-70 TEL 054-254-0000 FAX 054-254-0000	保育所	90	20	28	18	3	7
名称	ふじ山第2保育園	※	人	人	人	人	人	人
所在地	〒420-0000 静岡市葵区駿府町1-70 TEL 054-000-1111 FAX 054-000-8888	保育所	80	15	22	16	2	4
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	うち特定職員数	加入できない職員数 雇用期間1年未満	加入できない職員数 労働時間2/3未満
名称	特別養護老人ホーム 金時	※1	人	人	人	人	※2 人	人	人
所在地	〒420-8670 静岡市葵区駿府町1-70 TEL 054-254-5243 FAX 054-254-5249	特別養護老人ホーム	60	23	42	26		4	12
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	加入できない職員数 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							

加入職員名簿(施設・事業毎に作成して下さい)

該当する施設区分に○をつけてください。

一般財団法人
静岡県社会福祉事業共済会　　(様式第１―２号)

法人番号		施設番号		区分	○ 社会福祉施設等 / 特定介護保険施設等 / 申出施設等	施設・事業の名称	ふじ心山保育園

	職員氏名	生年月日 (3 昭和 4 平成)	性別 (1 男 2 女)	職種名称	被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日(加入・継続異動・合算申出の場合)	共済契約者間継続異動職員、合算申出職員及び変更契約による引継職員
						前法人名 / 前法人番号 / 前職員番号
1	職員番号 / フリガナ イトウ イチコ / 伊東 一子	3 4 / 2 0 0 6 0 2	1 2	園長	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
2	職員番号 / フリガナ キクガワ ミチエ / 菊川 道恵	3 4 / 2 8 0 7 1 0	1 2	副園長	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
3	職員番号 / フリガナ コサイ ハナ / 湖西 花	3 4 / 3 5 1 1 1 4	1 2	栄養士	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
4	職員番号 / フリガナ オオイガワ ユキ / 大井川 雪	3 4 / 4 6 0 2 0 2	1 2	保育士	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
5	職員番号 / フリガナ モリ アキ / 森 アキ	3 4 / 0 2 1 2 2 4	1 2	保育士	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
6	職員番号 / フリガナ オカベ マコト / 岡部 誠	3 4 / 4 9 0 5 0 1	(1) 2	保育士	(有) 無 / 退職・解除 (合算申出) 00年3月31日	社会福祉法人 シズオカ / 2 2 2 2 0 0 0 1 0
7	職員番号 / フリガナ ナガオカ アイ / 長岡 愛	3 4 / 3 8 0 3 2 8	1 2	調理員	有 (無) / 退職・解除 合算申出 年月日	
8	職員番号 / フリガナ	3 4	1 2		有 無 / 退職・解除 合算申出 年月日	
9	職員番号 / フリガナ	3 4	1 2		有 無 / 退職・解除 合算申出 年月日	

（２）共済会を脱退

脱退届〈様式第２号〉を提出する。

脱退する場合は脱退一時金(退職手当金総額の 50%)を支払います。（運営規則第７条）

（様式第２号）

静岡県社会福祉事業共済会脱退届

平成○○年 5 月20 日

一般財団法人静岡県社会福祉事業共済会長　様

所在地　静岡市葵区ふくし町1-1

法人名　社会福祉法人 アルプス

代表者名　理事長 沼津 一男　印

このたび下記の理由をもって貴共済会を平成 ○○年 3 月 31 日限り脱退いたしたくお届けいたします。

記

脱退理由

他の退職制度に変更するため

（３）４月１日以外の職員の加入

職員加入申込書〈様式第３号〉を提出する。

この場合加入した年度の負担金は発生しないので、負担金納付の必要はありません。

職員加入申込書

（様式第３号）

平成〇〇年　8　月　29　日

受付日付印

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり新たに職員となった者があるので申し込みます。

法人番号	共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名	連絡先	
1 1 1 2		社会福祉法人静岡会　理事長　静岡太郎　㊞	事務担当者氏名	清水 花子
		主たる事務所の所在地及び電話番号 静岡市葵区駿府町1-70 郵便番号 420－8670　電話番号(市外局 054)(254 局)(5243 番)	電話番号	054 － 254 － 5243
			FAX番号	054 － 254 － 5249
			E-mail	Shizuokak@000.ne.jp

施設番号	施設又は事業	名称	種類
0 0 1		ふじ山保育園	保育所

職員氏名	生年月日（3 昭和 4 平成）	性別（1 男 2 女）	加入 年月日	加入 職種名称	被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日	前法人名（合算申出あるいは解除経験のある職員の加入の場合に記入してください。） 前法人番号	前職員番号
フリガナ トミザワ ヒカリ 富沢 ヒカリ	4 02年11月02日	2	00年8月1日	保育士	有（退職・解除 合算申出 年月日）	社会福祉法人あかだけ	3333001 5
フリガナ キタ アカネ 北 あかね	4 49年8月12日	2	00年8月20日	保育士	無		
フリガナ	3 4 年 月 日	1 2	年 月 日		有 無（退職・解除 合算申出 年月日）		
フリガナ	3 4 年 月 日	1 2	年 月 日		有 無（退職・解除 合算申出 年月日）		
フリガナ	3 4 年 月 日	1 2	年 月 日		有 無（退職・解除 合算申出 年月日）		

◎４月１日付の加入の場合は、この届書ではなく負担金納付対象職員届で報告すること。

（4）在職３年以内の職員が退職したとき(合算申出を含む)

職員退職届兼退職手当請求書〈様式第４号〉を提出する。

勤務期間の合算の有無について確認してください。

〈様式第４号〉

職員退職届兼退職手当金請求書

平成○○ 年 4 月 15 日

一般財団法人静岡県社会福祉事業共済会長 様

所在地 静岡市葵区駿府町1-70
法人名 社会福祉法人 静岡会
代表者名 理事長 静岡太郎 印

下記のとおり職員が退職したので届けます。なお、退職手当金については負担金引落口座へ送金してください。

退職者欄	法人番号－施設番号	1112 － 3	施設名	特別養護老人ホーム 金時	
	職員番号	00058	フリガナ / 退職者氏名	カケガワ ノボル / 掛川 登	(旧姓)
	生年月日	大正・(昭和)・平成 48年	8月	18日	(男)・女
	共済会加入年月日	(昭和)・平成 ○○年	4月	1日	
	施設加入年月日※1	昭和・(平成) ○○年	4月	1日	
	退職年月日	平成 28年	3月	31日	
	退職理由	(1.)普通退職 2.死亡 3.その他（ ）			
	合算申出の有無	有・(無)・※2合算解除			

※1「最終在籍施設に加入または異動した日」を記入してください。
※2 合算解除を○にした場合は、退職者欄の「共済会加入年月日」「施設加入年月日」の記載を省略することができます。

負担金を口座振替にしていない場合は記入してください。給付がない時は記入不要です。

送金先	送金先金融機関名を記入の上、○で囲んでください。		
	ふくし (銀行) 信用金庫 農協	○○ 支店	
	金融機関コード 0001	店番号 001	
	預金種別 (普通)・当座	口座番号	No. 087654
	口座名義（共済会加入者） 社会福祉法人 静岡会		

事務担当者氏名	清水 花子	事務担当者連絡先	電話（市外局 054 ）（254 局）（ 5243 番）

・死亡による退職の場合は死亡診断書の写しを添付してください。
・請求者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲で利用されます。

註：合算申出とは１年以上加入職員であった者が退職した場合、その者が、退職した日から起算して３年以内に(退職金を請求しない)再び共済会加入職員になり、かつ、その者が共済会に合算申出を申し出たときは、前後の共済会加入職員期間を合算すること。

（５）継続異動による職員の加入

採用した職員が以前勤めていた法人から共済契約者間継続職員異動届〈様式第 5 号〉を受け取り、「異動前の契約者」欄に必要事項が記入されていることを確認の上、「異動後の契約者」欄に必要事項を記入して提出する。

（様式第５号）

共済契約者間継続職員異動届

受付日付印

平成 ００ 年 ８ 月 ２９ 日

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

被共済職員氏名	（フリガナ）トミ ザワ ヒカリ 富沢 ひかり		生年月日 1 明治 2 大正 3 昭和 ④ 平成 ２年１１月２日	
異動後の共済契約者	法人番号	施設番号	採用年月日	
	１１１２０１		平成００年 ８月 １日	
	氏名又は名称	社会福祉法人 静岡会 ㊞	職種	保育士
	主たる事務所の所在地	郵便番号 420－8670 静岡市葵区駿府町 1-70		
	事務担当者氏名	清水 花子	連絡先	電話 054－254－5243
	勤務する施設又は事業名	ふじ山保育園	種類	保育所
異動前の共済契約者	法人番号	施設番号	職員番号	退職日
	３３３３	０１	０００１５	平成００年 ７月 31 日
	氏名又は名称	社会福祉法人 あかだけ ㊞		
	主たる事務所の所在地	郵便番号 410－００△△ 伊豆市○○町32		
	事務担当者氏名	一本松 明子	連絡先	電話 0558－００－1111
	勤務していた施設又は事業名	あかだけ保育園		

◎　異動前、異動後の共済契約者記入後、静岡県社会福祉事業共済会に提出してください。

「退職所得の受給に関する申告書」は退職者本人が作成し、法人に提出、法人が保管する。
（県共済会への提出の必要はありません。）

○○年○○月○○日
静岡 税務署長
市町村長 殿

年分 □退職所得の受給に関する申告書
□退 職 所 得 申 告 書

支払者受付印

退職手当の支払者の			あなたの		
所在地（住所）	〒420-8670 静岡市葵区駿府町1-70		現住所	〒420-△△○○ 静岡市葵区八番町○-○	
名称（氏名）	社会福祉法人 静岡会 理事長 静岡 太郎		氏名	掛川 登	㊞
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。 ○○○○○○○○○○○○○		個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○	
			その年1月1日現在の住所	同上	

A　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	令○○年 5月20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○○年 4月 1日 至○○年 3月31日	年 10
		うち特定役員等勤続期間	□有 ☑無 自 年 月 日 至 年 月 日	年
② 退職の区分等	☑一般・□障害 〔 〕 生活扶助の□有・☑無	うち重複勤続期間	□有 ☑無 自 年 月 日 至 年 月 日	年

B　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 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日 年
うち特定役員等勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年	うち特定役員等勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年
		うち重複勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年

C　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 至 年 月 日	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 至 年 月 日 年
		㋑ うち特定役員等勤続期間との重複勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年

D　A又はBの退職手当等についての勤続期間のうちに、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 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 至 年 月 日 年
うち特定役員等勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年	㋺ うち特定役員等勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年
⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)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 至 年 月 日 年	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日 至 年 月 日 年
うち特定役員等勤続期間	□有 □無 自 年 月 日 至 年 月 日 年	㋩ うち㋑と㋺の通算期間	自 年 月 日 至 年 月 日 年

E　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る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 市町村民税（円）	特別徴収税額 道府県民税（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）
B	一般	・ ・					・ ・	□一般・□障害	
B	特定役員	・ ・					・ ・	□一般・□障害	
C		・ ・					・ ・	□一般・□障害	

（注意）1　この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。
2　Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。
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。

27.06 改正

（規格A4）

（６）配置換えにより対象外施設への職員の異動（同法人内の異動）

共済契約対象(外)施設等異動届〈様式第６号〉を提出する。

この手続きにより、加入期間を継続することができます。なお、対象外施設に勤務している期間は加算されません。

負担金の納付はありませんが、職員の在籍(退職給付引当資産)は異動前施設となります。

（様式第６号）

共済契約対象（外）施設等異動届

平成００ 年 １ 月２８ 日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり被共済職員が

異動区分	
	① 共済契約対象外施設等へ異動したので
	2　共済契約対象施設等へ復帰したので

届け出ます。

↑
該当する異動区分の番号に○をつけてください。

法人番号				共済契約者				
１	１	１	２		氏名又は名称	社会福祉法人 静岡会		㊞
					主たる事務所の所在地	郵便番号 420-8670 静岡市葵区駿府町１-70		
					事務担当者氏名	清水 花子	連絡先	電話 054-254-5423

職員番号	被共済職員氏名		生年月日
０００２２	（フリガナ）アオイ ハナコ		1 明治 2 大正 ③ 昭和 4 平成 50年 8月 19日
	葵 花子		

施設番号	勤務していた施設又は事業		種類
０３	名称	特別養護老人ホーム 金時	特別養護老人ホーム
施設番号	異動又は復帰した施設又は事業（※異動の場合「定款」を添付すること）		種類
	名称	有料老人ホーム 福祉	有料老人ホーム

１．共済契約対象外施設等異動の場合（異動区分「１」に○をつけた場合に記載してください。）

共済契約対象施設等最終在籍年月日	平成００年 １２月 ３１日

〈添付書類〉異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設等であることが確認できる「定款」（写）を添付してください。

２．共済契約対象施設等復帰の場合（異動区分「２」に○をつけた場合に記載してください。）

共済契約対象施設等異動年月日	年　月　日		
共済契約対象施設等復帰年月日	年　月　日	職種	

（７）施設の名称又は住所の変更

共済契約者氏名等変更届〈様式第７号〉を作成の上、変更を証明する書類を添付して提出する。

理事長の変更の届けは必要ありません。

（様式第７号）

共済契約者氏名等変更届

平成○○ 年 4 月 10 日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり変更があったので届け出ます。

法人番号				共済契約者	氏名又は名称	社会福祉法人 富士山 ㊞		
5	5	5	5		主たる事務所の所在地	郵便番号417－0000 富士市ふくし町8-5		
					事務担当者氏名	富士 勝男	連絡先	電話0545-00-0000

1．共済契約者の変更事項

名称 変更年月日 平成　年　月　日	新	（フリガナ）
	旧	
主たる事務所の所在地 変更年月日 平成○○年 4 月 1 日	新	郵便番号417－0000 富士市ふくし町8-5
	旧	富士市フジ町8-8

2．共済契約対象施設等の変更事項

施設番号	01	
名称 変更年月日 平成　年　月　日	新	
	旧	
所在地 フジふくし保育園 変更年月日 平成○○年 4 月 1 日	新	郵便番号 417－0000 富士市ふくし町8-5
	旧	富士市フジ町8-8
種類 変更年月日 平成　年　月　日	新	
	旧	

〈添付書類〉共済契約対象施設等の種類を変更した場合のみ変更を証明する書類を添付してください。

◎　変更年月日は、必ず記入してください。

◎　法人代表者のみ変更の際は、この届を提出する必要はありません。

◎　複数の施設の住所等を変更する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

（８）法人の廃止等

社会福祉等施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届〈様式第８号〉を作成の上、廃止又は休止したことを証明する書類を添付して提出する。

（様式第８号）

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届

平成○○ 年 4 月 25 日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり経営者でなくなったので届け出ます。

法人番号				共済契約者				
1	3	0	△		氏名又は名称	社会福祉法人 駿府 ㊞		
					主たる事務所の所在地	郵便番号420－△△△○ 静岡市葵区駿府町○－○○		
					事務担当者氏名	赤塚 一郎	連絡先	電話054－△△△－8331
経営者でなくなった年月日				平成○○年 3 月 31 日				
経営者でなくなった理由（該当する記号に○）				ア 組織変更　オ 公営移管 イ 法人解散　カ 死亡 (ウ) 廃止　キ 交替 エ 休止　ク その他（　　）				
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数				名称			被共済職員数	
				老人デイサービスセンターふくし			6 人	
				特別養護老人ホームすんぷ			20 人	
							人	
							人	
備考				変更後の 共済契約者（経営者）名（　　） 法人番号（　　）				

〈添付書類〉この届書には、社会福祉施設等及び特定介護保険施設等を廃止又は休止したこと及びその年月日を証明する書類を必ず添付してください。

◎　経営者でなくなったことによって退職した者があるときは、遅滞なく、「職員退職届兼退職手当金請求書（様式第４号）」を提出してください。

◎　経営者の変更により変更後の共済契約者（経営者を含む）が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「静岡県社会福祉事業共済会加入申込書（様式第１号）」、「施設等新設届・申出書（様式第９号）」に併せて提出してください。

（９）施設の新設（事業所ごとに登録）

施設等新設届・申出書〈様式第９号〉と施設等新設届・申出書職員名簿〈様式第９-２号〉を作成の上，施設・事業の認可書等を添付して提出する。

（様式第９号）

施設等新設届・申出書

平成００年　４月　２８日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

以下の施設・事業について

施設区分	
	① 社会福祉施設等として新設したので届け出ます。
	2　特定介護保険施設等として申し出ます。
	3　申出施設等として申し出ます。

↑
該当する施設区分の番号に○をつけてください。

法人番号				共済契約者			
1	1	1	2		氏名又は名称	社会福祉法人　静岡会	㊞
					主たる事務所の所在地	郵便番号420－8670 静岡市葵区駿府町1-70	
					事務担当者氏名	清水　花子	連絡先　電話054-254-5243

新設・申出年月日
平成００年　４月　１日

・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。
・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は、静岡県社会福祉事業共済会が受け付けた日（施設・事業の認可、届出年月日以降の日）を申出日とします。

施設番号	名称	種類
	特別養護老人ホーム　静岡	特別養護老人ホーム　※①②

所在地	給与支払遅滞の有無
郵便番号420－8670 静岡市葵区駿府町1-70	有　・　(無)　※③

				当該施設等が共済契約を締結していたことの有無
入所(利用)定員	60 人	加入できない職員数		※③
職員配置基準数	23 人	（雇用期間１年未満	4 人）	有（解除した日　年　月　日）・無
職員総数	42 人	（労働時間 2/3 未満	12 人）	
被共済職員数	26 人			

被共済職員				
(1)新規採用者(加入)	9 人	(2)配置換職員	15 人	・(1)～(5)の職員について別紙(職員名簿)を記入し、併せて提出してください。
(3)共済契約対象外施設からの復帰職員	0 人	(4)継続異動職員	1 人	
(5)合算申出職員	1 人			
		合計	26 人	

※①　軽費老人ホームの場合、以下の内容を確認の上、□内にチェックを記入してください。
□当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。
□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、下記に特定職員数を記入してください。

特定職員数
人

※③　社会福祉施設等の場合は、記入する必要がありません。

〈添付書類〉職員名簿（別紙）、届出（申出）者が当該施設事業を経営していることを証明する書類を必ず添付してください。

（別紙）施設等新設届・申出書職員名簿（事業の新設・申出日時点で在籍している職員について施設・事業所毎に作成してください。）　（様式第９－２号）

法人番号	施設番号	施設区分の番号に○をつけてください	施設事業の名称
／／／2		1 社会福祉施設等 ②特定介護保険施設等 3 申出施設等	特別養護老人ホーム 静岡

職員番号	職員氏名	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	生年月日	1 男 2 女	加入資格 ※① 職種名	異動の内容 理由	異動の内容 施設等名称 ※② 職員番号	被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日（加入・継続異動・合算申出の場合）	前法人名 法人番号	前法人名 職員番号
	（フリガナ）シズオカ アキコ 静岡 明子	1 2 ③ 4	20年 8月 3日	1 ②	ア イ ウ 施設長	1 加入 2 合算申出復帰 ③配置換 4 契約対象施設等復帰 5 継続異動	特別養護老人ホーム金時 00035	有・無 退職・解除 合算申出 年 月 日		
	（フリガナ）ナガノ ハルヒコ 長野 晴彦	1 2 ③ 4	34年 1月 19日	① 2	ア イ ウ 看護部長	1 加入 2 合算申出復帰 3 配置換 4 契約対象施設等復帰 ⑤継続異動		①有・無 退職・解除 合算申出 R00年 3月 31日	社会福祉法人	アルプス
	（フリガナ）ヤマナシ ノゾミ 山梨 望	1 2 ③ 4	48年 10月 11日	① 2	ア イ ウ 事務員	1 加入 ②合算申出復帰 3 配置換 4 契約対象施設等復帰 5 継続異動		有・無 退職・解除 合算申出 R00年 8月 31日	社会福祉法人	あかだけ
	（フリガナ）トウキョウ ユタカ 東京 豊	1 2 ③ 4	28年 12月 3日	① 2	ア イ ウ 介護職員	1 加入 2 合算申出復帰 3 配置換 ④契約対象施設等復帰 5 継続異動		有・無 退職・解除 合算申出 年 月 日		
	（フリガナ）ギフ タカシ 岐阜 隆	1 2 ③ 4	60年 4月 10日	① 2	ア イ ウ 介護職員	1 加入 2 合算申出復帰 3 配置換 4 契約対象施設等復帰 5 継続異動		有・無 退職・解除 合算申出 年 月 日		

施設番号、職員番号は記入しないでください。

※①ア　雇用期間に定めのない職員（いわゆる正規職員）

イ　１年以上の雇用期間を定めて使用される職員で、その勤務すべき労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の３分２以上の者

ウ　１年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き１年を経過した職員で、その勤務すべき労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の３分の２以上の者

※②「３配置換」・「４契約対象施設等復帰」に該当する場合は、異動前の施設名と職員番号を記入してください。「２合算申出復帰」・「５継続異動」あるいは解除経験のある職員の場合は更に右の欄に記入してください。

(10) 施設・事業所の一部廃止等

施設等を廃止・休止・経営移管をした場合は、共済契約対象施設等一部廃止等届〈様式第 10 号〉を作成の上、必要書類を添付して提出する。

（様式第10号）

共済契約対象施設等一部廃止等届

平成○○ 年 11 月 12 日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会長　様

次のとおり施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

法人番号				共済契約者				
3	3	3	3	氏名又は名称	社会福祉法人 あかだけ	㊞		
				主たる事務所の所在地	郵便番号410-00△△ 伊豆市○○町 32			
				事務担当者氏名	一本松 明子	連絡先	電話0558-00-1111	

社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等	施設番号	名称	休止・廃止・経営移管年月日
	01	あかだけ保育園	平成○○年 3 月 31 日
理由（該当する記号に○）	(ア) 廃止 イ 休止 ウ 経営移管		
被共済職員	(1) 退職者 3 人　(2) 引継（移管）職員 0 人 (3) 配置換職員 5 人　(4) 継続異動職員 2 人 (5) 共済契約対象外施設等への異動職員 0 人　(6) 合算申出職員 1 人 合計 11 人		
備考	経営移管後の 共済契約者（経営者）名（　　） 法人番号　（　　）		

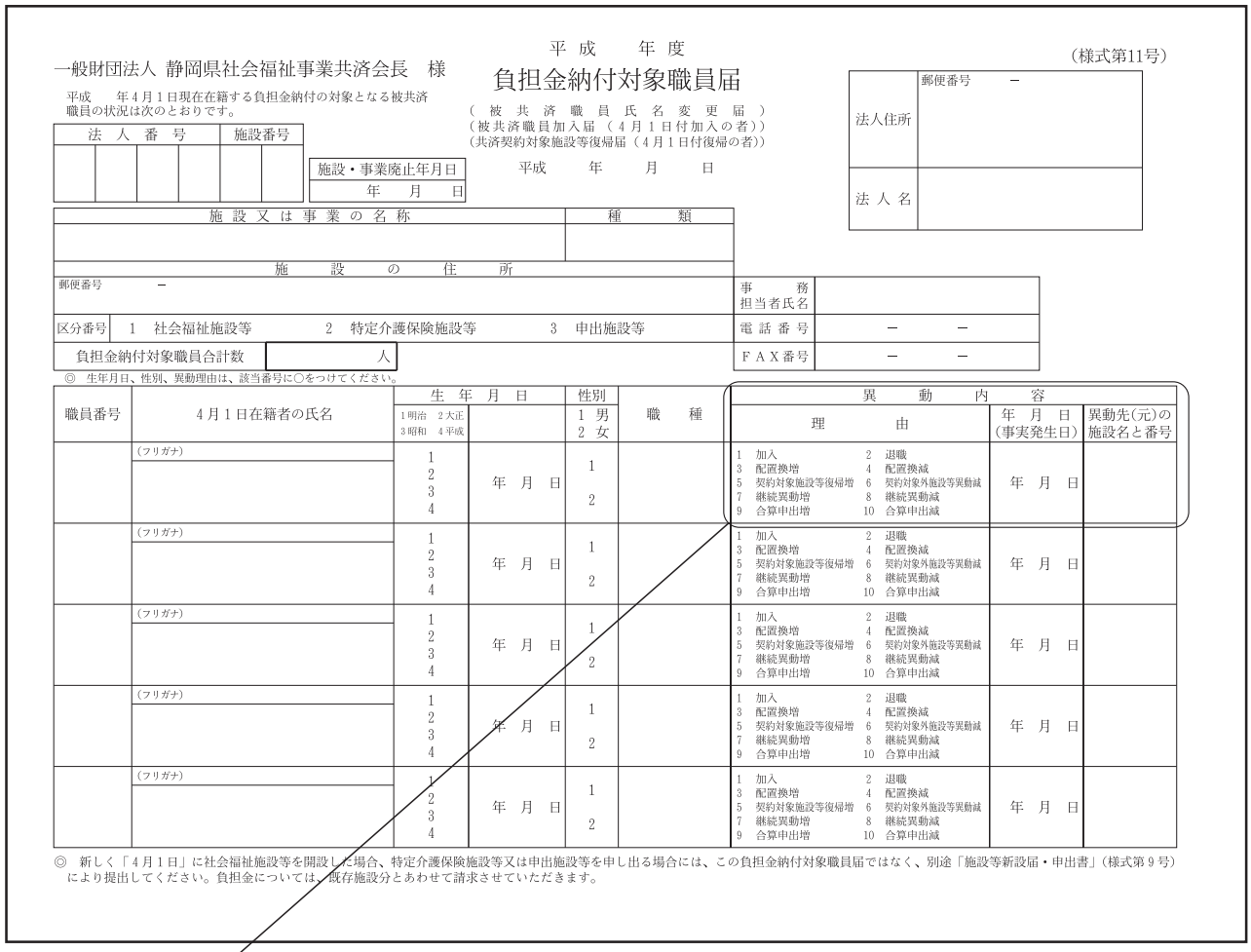
〈添付書類〉当該共済契約対象施設・事業を廃止又は休止したこと及びその年月日を証明する書類を必ず添付してください。

◎　退職者及び合算申出職員は「職員退職届兼退職手当金請求書（様式第 4 号）」、他の共済契約者への継続異動職員は「共済契約者間継続職員異動届（様式第 5 号）」、共済契約対象外施設等への異動職員は「共済契約対象（外）施設等異動届（様式第 6 号）」を遅滞なく提出してください。

◎　経営者の変更により変更後の共済契約者（経営者を含む）が当該契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者に送付し、変更後の共済契約者が「静岡県社会福祉事業共済会加入申込書（様式第 1 号）」、「施設等新設届・申出書（様式第 9 号）」に併せて提出してください。

（11）４月１日付職員の加入　（福祉医療機構に加入していない法人）

共済会の負担金納付対象職員届〈様式第１１号〉又は、毎年４月上旬に送付している「負担金納付対象者一覧表」をコピーの上、変更及び新規加入者を記入して提出する。



（様式第11号）

平成　　年度

負担金納付対象職員届

（被共済職員氏名変更届）
（被共済職員加入届（４月１日付加入の者））
（共済契約対象施設等復帰届（４月１日付復帰の者））

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長　様

平成　　年４月１日現在在籍する負担金納付の対象となる被共済職員の状況は次のとおりです。

法人住所	郵便番号　－
法人名	

法人番号	施設番号

施設・事業廃止年月日　年　月　日

平成　　年　　月　　日

施設又は事業の名称	種類

施設の住所

郵便番号　－

事務担当者氏名	
電話番号	－　－
ＦＡＸ番号	－　－

区分番号　1　社会福祉施設等　2　特定介護保険施設等　3　申出施設等

負担金納付対象職員合計数　　人

◎　生年月日、性別、異動理由は、該当番号に○をつけてください。

職員番号	4月1日在籍者の氏名	生年月日（1明治 2大正 3昭和 4平成）		性別（1男 2女）	職種	異動内容 理由	異動内容 年月日（事実発生日）	異動内容 異動先(元)の施設名と番号
	（フリガナ）	1 2 3 4	年　月　日	1 2		1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	年　月　日	
	（フリガナ）	1 2 3 4	年　月　日	1 2		1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	年　月　日	
	（フリガナ）	1 2 3 4	年　月　日	1 2		1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	年　月　日	
	（フリガナ）	1 2 3 4	年　月　日	1 2		1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	年　月　日	
	（フリガナ）	1 2 3 4	年　月　日	1 2		1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	年　月　日	

◎　新しく「４月１日」に社会福祉施設等を開設した場合、特定介護保険施設等又は申出施設等を申し出る場合には、この負担金納付対象職員届ではなく、別途「施設等新設届・申出書」（様式第９号）により提出してください。負担金については、既存施設分とあわせて請求させていただきます。

拡大図

異動内容				年　月　日（事実発生日）	異動先(元)の施設名と番号
理由					
1	加入	2	退職	年　月　日	
3	配置換増	4	配置換減		
5	契約対象施設等復帰増	6	契約対象外施設等異動減		
7	継続異動増	8	継続異動減		
9	合算申出増	10	合算申出減		

発行日：　平成2●年●月●日

負担金納付対象職員一覧表

法人CD：　1●●●　●●●●
施設CD：　002　●●●●●●●●

（自）平成28年04月01日～（至）平成29年03月31日

職員No	氏名	状態	加入年月日	退職年月日	負担金資産 旧資産	負担金資産 前年迄	負担金資産 当年度	負担金資産 累計	要支給額
01●25●	●● ●●●		H05/04/01		122,424	158,800	13,800	295,024	371,300
01●26●	●● ●●●		H06/04/01		110,628	158,800	13,800	283,228	346,700
01●26●	●● ●●●	退職	H08/04/01	H28/03/31	91,392	158,800	13,800	263,992	302,100
01●27●	●● ●●●		H11/04/01		52,092	158,800	13,800	224,692	261,700
01●27●	●● ●●●		H12/05/01		24,048	158,800	13,800	196,648	235,900
02●45●	●● ●●●		H13/04/01		34,812	158,800	13,800	207,412	239,400
03●43●	●● ●●●	配置換減　○○保育園702	H17/04/01		0	145,000	13,800	158,800	193,000
03●43●	●● ●●●		H17/04/01		0	145,000	13,800	158,800	193,000
04●45●	●● ●●●		H18/04/01		0	131,200	13,800	145,000	178,000
04●80●	●● ●●●		H20/04/01		0	103,600	13,800	117,400	137,000
05●54●	●●● ●●●		H22/04/01		0	76,000	13,800	89,800	98,000
05●55●	●● ●●		H22/04/01		0	76,000	13,800	89,800	98,000
05●69●	●● ●●		H23/04/01		0	62,200	13,800	76,000	79,000
05●69●	●● ●●		H23/04/01		0	62,200	13,800	76,000	79,000
06●80●	●● ●●		H26/04/01		0	27,600	13,800	41,400	40,000
06●80●	●● ●●		H26/04/01		0	27,600	13,800	41,400	40,000
06●81●	●● ●●		H26/04/01		0	27,600	13,800	41,400	40,000
06●15●	●●● ●●●		H27/04/01		0	13,800	13,800	27,600	0
06●15●	●● ●●		H27/04/01		0	13,800	13,800	27,600	0
07●07●	●● ●●		H28/04/01		0	0	13,800	13,800	0
07●07●	●● ●●		H28/04/01		0	0	13,800	13,800	0
	共済 静子	継続異動増							
	福祉和一	加入	H28/04/01						
		Page 1/1			435,396	1,864,400	289,800	2,589,596	2,932,100

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会

状態欄に様式第１１号の異動内容を記載してください。（前ページ様式第１１号参照）

①退職：退職年月日を必ず記載してください。

②配置換減：最終在籍日と異動先の施設名と番号を記載してください。

③継続異動増：Ｐ16「様式第５号　共催契約者間継続職員異動届」も提出してください。

④加入：新規加入者の加入年月日を必ず記載してください

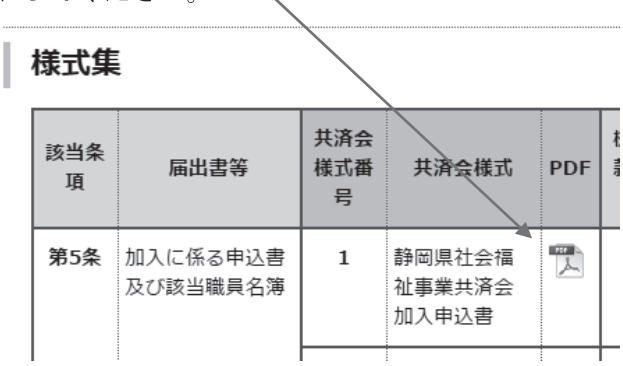
（13）届出様式ダウンロードの方法

県共済会届出様式

県共済会ホームページ（http://www.shizukyousai.or.jp）から「様式ダウンロード」を選択してご利用ください。



様式ダウンロードをクリックすると「様式集」の画面に変わります。PDF をクリックし様式をダウンロードしてください。

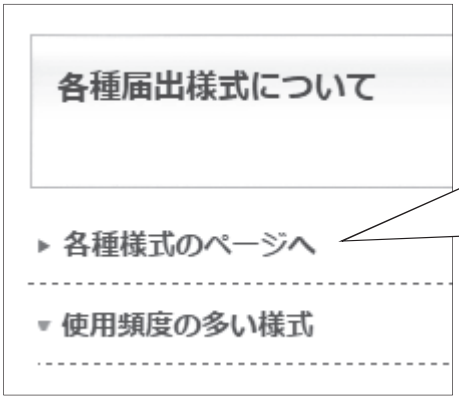


様式集

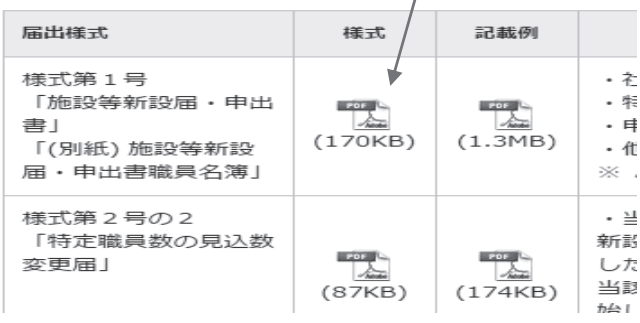
該当条項	届出書等	共済会様式番号	共済会様式	PDF
第5条	加入に係る申込書及び該当職員名簿	1	静岡県社会福祉事業共済会加入申込書	

福祉医療機構届出様式

機構ホームページ（http://hp.wam.go.jp/）のコンテンツの中から「退職共済事業」を選択すると「退職共済事業」が表示されます。その中から「各種届出様式について」の「各種様式のページへ」をダウンロードしてご利用ください。



各種様式のページへをクリックすると「届出様式（新様式）」の画面に変わります。PDF をクリックし様式をダウンロードしてください。



届出様式	様式	記載例	
様式第１号「施設等新設届・申出書」「(別紙) 施設等新設届・申出書職員名簿」	(170KB)	(1.3MB)	・社 ・特 ・申 ・他 ※
様式第２号の２「特定職員数の見込数変更届」	(87KB)	(174KB)	・当 新設 した 当該 始