

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長 様

年 度

(様式第11号)

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。

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))

法人番号				施設番号	

施設・事業廃止年月日
年 月 日

年 月 日

法人住所	郵便番号
	—
法人名	

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	
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	電 話 番 号	— —
負担金納付対象職員合計数	人	FAX番号	— —

◎ 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		性別	職 種	異 動 内 容		
		1 明治 3 昭和	2 大正 4 平成			理 由	年 月 日 (事実発生日)	異動先(元)の 施設名と番号
	(フリガナ)	1		1		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)	2		2				
	(フリガナ)	1		1		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)	2		2				
	(フリガナ)	1		1		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)	2		2				
	(フリガナ)	1		1		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)	2		2				
	(フリガナ)	1		1		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)	2		2				

◎ 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。