『介護慰労金受給職員表』に係る証明書

　別添の『介護慰労金受給職員表』について、下記の記載事項に該当することを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※下記の□に✔して下さい。

記

□　『介護慰労金受給職員表』に記載されている職員が、令和２年２月１３日から令和２年６月３０日の期間において、下記の条件を満たしている。

（１）当該法人の介護サービス事業所・施設等で通算して10日以上勤務している。

（２）「利用者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に合致する状況下で働いている。

（申請者に業務委託による従事者がいる場合）　※いない場合は✔不要です

□　業務委託（契約必要）による従事者が上記条件を満たし、業務を行った。

令和２年　　月　　日

（申請者の記名押印又は署名）

法人名

代表者（職）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印