

(第1号様式)

※第		号								
産 休 等 代 替 職 員 任 用 承 認 申 請 書										
産 職 休 等 員	(ふりがな) 氏 名	とうきょう はなこ 東京 花子 平成○年○月○日生○歳				職 種	介護職員			
	出 産 予 定 日 (病休開始日)	令和6年10月1日				傷病名 (病休の場合)				
産 休 等 代 替 職 員	(ふりがな) 氏 名	とうきょう たろう 東京 太郎 平成●年●月●日生●歳				性 別	男・女			
	住 所	東京都新宿区西新宿2-8-1								
	任用する職種	介護職員				資 格 取 得 年 月 日	平成23年3月31日			
	職 種 の 有 無	資格がある				資格がない				
	任用予定期間	1 産休の場合(単胎妊娠・多胎妊娠) 自令和6 年 8 月 18 日 産前の休業を始める日から起算して16週間 至令和6 年 12 月 7 日 112 日間								
		2 病休の場合 休業を始めて30日(休業等を含む。)を 自 年 月 日 経過した日から起算して 日間 至 年 月 日								
ただし、この期間内において産休等職員の雇用関係がなくなったとき、又は産休等職員が勤務を開始したときは、その前日までの期間										
上記のとおり就業することを承諾します。 令和6 年 8 月 1日 氏名 東京 太郎										
申請日の属する月の初めの施設の状況	定 員	措置人員等 (うち3歳未満児数)	地域区分	職 種	介護職員	看護職員	介護職員、看護職員 のみの記入で問題ありません。			計
	100 人	80 人	特別区 特甲地 甲地、乙地、丙地	現 員 (うち女子の 数)	40人 (10人)	10人 (5人)	()	()	()	人
申請時の入所者数										
上記のとおり産休等代替職員の任用について承認申請をします。 令和6年 8 月 5日 東京都福祉局長 殿 所在地 東京都新宿区西新宿○-△-□ 施設種別及び施設名 軽費老人ホーム ○○○○ 施設設置者 社会福祉法人●●●● 理事長 支援 一郎										

承認却下通知	審査
年 月 日 通知書第	適 (理由) 否

(注) 1 字は楷書ではっきり書いてください。※印の欄には記入する必要がありません。

2 任用予定期間の欄の1の()内の該当する事項を○で囲んでください。

3 この申請書には産休等職員の出産予定日の記載のある妊娠証明書又は医師の診断書を添付してください。

多胎妊娠の場合は、その旨明記してもらってください。

なお、産休等代替職員が無資格者であるときは、有資格者が得られない理由、本人の履歴書を詳細に記した書面を添付してください。

4 産休等代替職員の健康診断書を添付してください。

(第3号様式)

産休等代替職員費請求書				承認さ	産休であれば、16週間以内となります。詳細	②	③	④	⑤	⑥(⑤×④)	備考
令和5年●月●日第△△△号で任用の承認のありました産休等代替職員賃金等(の令和5年8～9月分を、その任用期間が経過しましたので)次のとおり請求します。											
申請後、東京都荒お送りする任用承認通知書にある日				令和6年3月20日							
東京都福祉局長											
所在地 東京都新宿区西新宿〇-△-□				(単胎妊娠)							
施設種別及び施設名 軽費老人ホーム 〇〇〇〇											
施設設置者 社会福祉法人●●●●●●●●●●				任用した期間の全日数(休							
理事長 支援 一郎●●●●●●●●●●				)							
請求金額 596,310円											
産代	(ふりがな)	とうきょう たらう 東京 太郎 (平成●年●月●日●歳)	職種 介護職員	性別 男・女							
替	氏 名										
休	住 所	東京都新宿区西新宿2-8-1									
職	(ふりがな)	とうきょう はなこ 東京 花子 (平成〇年〇月〇日〇歳)	職種	傷 病 名 (病休の場合)							
等	氏 名										
員	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
産	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
職	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
休	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
等	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
員	性 別	男・女	出 産 日	令和5年10月10日							
※經由区市町村											
区市町村名				受 理	進 達	受 理	支 払				
				年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				

東京都の単価と施設が実際に支払った単価を比較して、

産休であれば、16週間以内となります。詳細

任用した期間の全日数(休

例年、10月1日に補助基準額の改定があります。基準額の変更が生じた場合には、請求書を2枚に分けて提出す

- 1 この請求書には、産休等職員及び産休等代替職員に対し、給与等を支払ったことを証する書類及び出勤簿の写しを添付(産休等代替職員に対し賃金支払いは支出後提出すること。なお、施設が支出した額と実施主体の長発行の承認通知書記載の賃金額を日々比較して、いずれか低い方の額を合算した額により請求し、精算すること。
- 2 (1) 産休の場合
この請求書の③の欄の(a)³の年月日は(a)¹と(a)²の月と比較して最も出産日に近い日を、(b)³の年月日は(b)¹と(b)²の日と比較して最も出産日に近い日をそれぞれ記入すること。
- (2) 病休の場合
この請求書の③の欄の(a)³の年月日は(a)¹と(a)²の日を比較していずれか後の日を、(b)³の年月日は(b)¹と(b)²の日を比較していずれか前の日をそれぞれ記入すること。

産 休 等 代 替 職 員 任 用 調 書 (施設名 軽費老人ホーム ○○○○

産休等職員	(ふりがな) 氏 名	とうきょう はなこ 東京 花子	職 名		職 種	介護職員	資 格 取 年 月 日	格 得 日	
	生 年 月 日	平成○年○月○日生 ○○ 歳	傷 病 名 出産予定年月日 (病休開始日)	令和6年10月10日					
産休等代替職員	(ふりがな) 氏 名	とうきょう たろう 男 東京 太郎 女	資 格	資格の名称 取得年月日		介護福祉士 平成23年3月31日			
	生 年 月 日	平成●年●月●日生 ●● 歳	従 事 し た 職 種	介護職員		任用した期間の全日数(休日も含む)を記入してください。			
	任用した期間		自 令和6年8月18日 至 令和6年12月7日 16週間 (112日間)						
	賃金	日額単価 半日単価	9,000 円 4,500 円	就 業 日 数	全 日 65 日 半 日 9 日	受領金額	625,500円		
	上記のとおり就業したことを申し立てます 令和6 年 3月 20日 氏名 東京 太郎								
経費等	施設種別	軽費老人ホーム	施設名	都 区 私 立 軽費老人ホーム○○○○					
	賃金単価	日額 半日	8,580 円 4,290 円	就業日数	全 日 65 日 半 日 9 日	支給総額	596,310円		

上記のとおり産休等代

東京都の単価と施設が実際に支払った単価を比較して、低い金額を記入してください。

全ての合計額を記入してください。

第 号

令和6年3月20日

東京都福祉局長 殿

施設設置者 社会福祉法人●●●●●
理事長 支援 一郎