

※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
	出 産 予 定 日 (病休開始日)	令和5年10月1日	職 種 介護職員
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
	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 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) 産前の休業を始める日から起算して16週間 自令和5年 8月 18日 至令和5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 経過した日から起算して 日間 自 月 日 至 月 日 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 産休、病休が年度をまたぐ場合には、それぞれ の年度ごとに申請が必要になります。 </div> <p>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</p>	
上記のとおり就業することを承諾します。			
令和 5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 特別区 特甲地 甲地、乙地、丙地
	100 人	80 人	
職 種	現 員 (うち女子の 数)	介護職員 40人 (10人)	看護職員 10人 (5人)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 介護職員、看護職員 のみの記入で問題ありません。 </div>			
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5年 8月 5日			
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。

令和5年4月～9月分

(第3号様式)

産休等代替職員費請求書				承認	②	③	左の期間中施設に勤務した日数		賃金額	賃金請求金額	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付と番号を御記入ください。 令和6年3月20日 東京都福祉...				1 産休の場合 産前の休業を始める日から起算して 44日間 (単胎妊娠 多胎妊娠)	(a) ¹ 自 5年8月 18日 至 5年9月 30日 (b) ¹	(a) ² 自 5年8月 18日 至 5年9月 30日 (b) ²	(a) ³ 自 5年8月 18日 至 5年9月 30日 (b) ³	全日 25日 半日 4日 計 74日	全日 8,580円 半日 4,290円 計 12,870円	全日 214,500円 半日 17,160円 計 231,660円		
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 ●●●● ●●●● ●●●● 請求金額 231,660 円				4月～9月の期間について任用した期間全体を記入してください。 産休の場合 産前休業を始めて30日(休業等を含む。)を経過した日から起算して	(a) ¹ 自 年 月 日 至 年 月 日 (b) ¹	(a) ² 自 年 月 日 至 年 月 日 (b) ²	(a) ³ 自 年 月 日 至 年 月 日 (b) ³	全日 日 半日 日 計 日	円 円 円	円 円 円		
産代	(ふりがな)	とうきょう たろう 東京 太郎 (平成●年●月●日●歳)	職種	介護職員	性別	男	女					
替	氏名											
職	住所	東京都新宿区西新宿2-8-1										
等	産職	(ふりがな)	とうきょう はなこ 東京 花子 (平成○年○月○日○歳)	職種	傷病名 (病休の場合)							
員	氏名											
休	性別	男	女	出産予定日	令和5年10月10日	出産日 (産休・病休開始日)	令和5年10月7日					
等	※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							

産休であれば、16週間以内となります。詳細は要綱を御確認ください。

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。

4月～9月の期間について任用した期間全体を記入してください。

4月～9月の期間に勤務した日数を記入してください。

任用期間が10月1日をまたぐ場合には、10月1日を基準に補助基準額が変わるため、請求書を2枚に分けて提出する必要があります。

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未払いのときは、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の日を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。

令和5年10月～令和6年3月分

(第3号様式)

産休等代替職員費請求書				承認	②	③	左の期間中施設に勤務した日数	賃金額	賃金請求金額	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10～12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付と番号を御記入ください。 令和6年3月20日 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●●●●●●●●●● 請求金額 378,700 円				承認	②	③	左の期間中施設に勤務した日数	賃金額	賃金請求金額	備考
1 産休の場合 産前の休業を始める日から起算して 68日間 (単胎妊娠 多胎妊娠)				1	(a) ¹ 自 5年10月 1日 至 5年12月 7日	(a) ² 自 5年10月 1日 至 5年12月 7日	(a) ³ 自 5年10月 1日 至 5年12月 7日	全日 40日 半日 5日 計 45日	全日 8,910円 半日 4,460円 計 13,370円	全日 356,400円 半日 22,300円 計 378,700円
2 病休の場合 休業を始めて30日(休業等を含む。)を経過した日から起算して				2	(a) ³ 自 年月 日 至 年月 日	(a) ³ 自 年月 日 至 年月 日	(a) ³ 自 年月 日 至 年月 日	全日 半日 計	円 円 円	円 円 円
産代 替 職 等 員	(ふりがな) 氏名 住所	とうきょう たろう 東京 太郎 (平成●年●月●日●歳)	職種 介護職員	性別 男	10月～3月の期間について任用した期間全体を記入してください。					
産職 休 等 員	(ふりがな) 氏名 性別 出産予定日	とうきょう はなこ 東京 花子 (平成○年○月○日○歳)	傷病名 (病休の場合)	出産日 (産休・病休開始日)						
※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										

産休であれば、16週間以内となります。詳細は要綱を御確認ください。

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。

10月～3月の期間に勤務した日数を記入してください。

任用期間が10月1日をまたぐ場合には、10月1日を基準に補助基準額が変わるため、請求書を2枚に分けて提出する必要があります。

- 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未払いのときは、賃金未払いの事実を証明する書類)を添付し、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。
- (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の日を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。

(第4号様式)

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		資格 取得年月日	年 月 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5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5年8月18日 至 令和5年12月7日 16週間 (112日間)						
賃金	日額単価	9,000 円	就業日数	全日	65 日	受領金額	625,500円	
	半日単価	4,500 円		半日	9 日			
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(私)立 軽費老人ホーム○○○○ 区				
	賃金単価	日額 (8/18~9/30)8,580円 (10/1~12/7)8,910円 半日 (8/18~9/30)4,290円 (10/1~12/7)4,460円	就業日数	全日 日 半日 日	支給総額	610,360円		

上記のとおり産休

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

年 月 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