

※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)
申請時の入所者数			
申請日の属する月の初めの施設の状況			
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) 号 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 千日 日	支給総額	610,360円		

上記のとおり産休等代替職員を任用しております。

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