

様式第2号（第4条関係）

対象者が本市指定家事援助限定型訪問サービス業務に30回以上従事したことを証する書類

事業所名	〇〇家事援助限定型訪問サービス事業所
担当者	〇〇 〇〇
担当連絡先	(0798)00-0000
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	〇〇 〇〇
対象者が30回以上従事したことを証する書類（いずれかに☑）	<input checked="" type="checkbox"/> 下記一覧のとおり → 下記のサービス提供一覧に記載してください
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり → サービス提供者名、利用者の被保険者番号・氏名・サービス提供日がわかるサービス提供記録の写しや任意様式の一覧等を添付してください
サービス利用者の住民票所在地（該当すれば☑）	<input checked="" type="checkbox"/> 本給付金の対象となるサービス利用者の住民票所在地はすべて西宮市であることは確認済みです。（当該サービスの提供先は「西宮市の被保険者であること」ではなく、「住民票が西宮市にあること」が要件です。）

<サービス提供一覧> ※別紙とする場合は記載不要です

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供日（年月日を記載）
0009999999	〇〇 〇〇	R6.4/5、4/12、4/19、4/26、5/3、5/10、5/17、5/24、5/31
0008888888	〇〇 〇〇	R6.5/3、5/10、5/17、5/24、5/31、6/7、6/14、6/21
0007777777	〇〇 〇〇	R6.4/5、4/12、4/19、4/26、5/3、5/10、5/17、5/24、5/31
0007777777	〇〇 〇〇	R6.6/4、6/11、6/18、6/25
000		
000		
000		
000		
000		

私は、上記又は別紙記載のサービスを提供しました。また、雇用された日において、介護福祉士・実務者研修、介護職員初任者研修等のヘルパー資格は所持していませんでした。

介護予防・生活支援員（署名） 〇〇 〇〇 \_\_\_\_\_