

施設等新設届・申出書

(約款様式第1号)

年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設しました。
	2	特定介護保険施設等として申し出ます。
	3	申出施設等として申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をしてください。

機 構 受 付 日 付 印

◎◎◎
下ココ部のビ
記届し載出1
のは部へ
添共付立
濟書行契
約法者
控を人必
福とし
ず社し
添医て
付療お
し機手
で構元
くだ提
残さ出
しして
てくだ
さい。
い。

4	共済契約者番号	9	氏名又は名称	
共済契約者番号がわからない際は掛金納付対象職員届で確認してください。			主たる事務所の所在地	郵便番号 -
			事務担当者氏名	連絡先 (電話番号)

343		新設・申出年月日		348	
元号					
・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。 ・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は、施設・事業の許可、届出年月日以降の日を申出日とします。					

10	施設番号	12	70	名 稱	139	種 類	13	種類コード	16
----	------	----	----	-----	-----	-----	----	-------	----

上記「種類」が、**軽費老人ホームの場合のみ**、以下の内容を確認の上、**□内にチェックを記入してください。**
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。(施設区分「1. 社会福祉施設等」となります。)
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。(施設区分「2. 特定介護保険施設等」となります。)

所 在 地								県外コード	
郵便番号 140								146	

入所定員 (利用定員)	職員配置 基準数	職員 総数	被共済 職員数	被共済職員の内訳					加入できない職員		
				新規採用	配置換職員	契約対象外 施設から復帰	継続異動	合算申出	雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満	
327	331	332	336	337	341						

※申込施設が「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」に該当する場合は右記にもご記入ください	給与支払遅延の有無	当該施設等が共済契約を締結していたことの有無	※申込施設が下記①に該当する場合、右記にもご記入ください	特定職員数 349 353	※申込施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください	措置入所障害児関係業務従事職員数
	有・無	有・無 有の場合解除年月日 年 月 日		人		人

【記入上の留意点】
*① 今次申込施設が左欄の事業であって、左欄の事業と右欄(特定社会福祉事業)を併設し、右欄の事業割合が1/3以上2/3未満であるとき、特定職員数を算出し、ご記入ください。(算出方法については「社会福祉施設職員等退職手当共済制度マニュアル」をご参照ください)

左 欄	障害児通所支援事業 (児童関係) 老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 (高齢者関係) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援	右 欄	児童自立生活援助事業 小規模住居児童養育事業 小規模保育事業 認定生活困窮者就労訓練事業
-----	--	-----	---

*②障害児入所施設であって、かつ児童福祉法第27条第1項の規定により同項第3号の措置がとられている児童に係る業務に従事することを要する者にかかる部分(措置入所障害児関係業務従事職員数)は公費助成の対象となります。「措置入所障害児関係業務従事職員数」を記入してください。

- 【添付書類】**
- 職員名簿(別紙)
 - 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
(1)「許認可書」(写)又は「指定通知書」(写)
(2)「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
(3)その他、業務委託契約書等
(4)上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等
(5)法令により許認可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
①「法人の定款」(写)
②「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

【確認事項】

確認事項は、次のとおりです。
ア. 施設・事業の名称
イ. 所在地
ウ. 施設・事業の種類(申出施設等は、除く)
エ. 入所(利用)定員(申出施設等は、除く)
オ. 開始年月日
カ. 許認可、届出年月日(申出施設等は、除く)

カードNO.	
1	3

(別紙) 施設等新設届・申出書職員名簿

記載上の留意点等を必ずお読みのうえ、「**新設・申出年月日**」時点で在籍し、加入要件を満たしている職員を記入してください。

◎従業員状況は、**新設・申出年月日が4月1日の場合のみ記載**してください。

職員番号	共済契約者番号 4 9	施設番号 10 12	施設区分 1 社会福祉施設等 2 特定介護保険施設等 3 申出施設等	施設・事業の名称	職種	異動の内容	前共済契約者名	新設・申出時本俸 88 94	配置換 継続異動		の 職 員 の 従 業 状 況																												
									前年4月～ 本年3月まで		育 児 休 業 を と っ た 者																												
									業務に従事した 日数が10日以下 の月(被共済 職員期間となら ない月)	1新 規 2変 更 3再取得	開始年月日	終了年月日 (予定日)	半年延長の 理由(※)	パパ・ママ 育休プラス																									
13	17	38	77	78	79	84	85	183	86	87	102	138	143	144	148	180	95	100	103	114	116	118	123	125	130	132	137	149	151	156	158	163	165	170	有・無	1・2	有・無	1・2	
2	3	4	5	年	月	日	アイウ	1. 加入 (合算申出含む)	施設等名称	有	退職・解除	千	円								1	2	3	元	年	月	日	元	年	月	日	元	年	月	日	有・無	1・2	有・無	1・2
3	4	5	年	月	日	アイウ	1. 加入 (合算申出含む)	施設等名称	有	退職・解除	千	円									1	2	3	元	年	月	日	元	年	月	日	元	年	月	日	有・無	1・2	有・無	1・2
4	5	年	月	日	アイウ	1. 加入 (合算申出含む)	施設等名称	有	退職・解除	千	円										1	2	3	元	年	月	日	元	年	月	日	元	年	月	日	有・無	1・2	有・無	1・2

注: [] は記入しないでください。

(注) 1 異動理由「2. 配置換」は、同じ法人内の共済契約対象施設等から今次新設・申出施設等に配置換えで異動してきた場合をいいます。
 2 異動理由「4. 継続異動」は、業務上の都合により他の共済契約者から1日の空白もなく今次新設・申出施設等に異動してきた場合をいいます。従って自己都合による転職は該当しません。別途「共済契約者間継続職員異動届」(約款様式第8号)の提出が必要です。

カードNo. 3

(※) 半年延長の理由

- 育児休業期間の半年延長理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。
- 保育所等に入所を希望しているが、1歳(又は1歳6か月)に達する日後の期間について、入所できない場合
 - 子の養育を行っている配偶者であって、1歳(又は1歳6か月)に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合
- 注「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

(※) 加入資格

- 加入対象となる職員の該当する記号に○をつけてください。
- イ 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者
 ア 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)
- ウ 1年未満の雇用期間を定めて使用され、期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者