

① 異動又は復帰した施設又は事業

復帰した施設の「施設番号」及び「施設・事業名」を記入してください。

② 異動・復帰年月日

< 共済契約対象外施設等異動年月日 >

共済契約対象外施設等へ異動した日を記入してください。

< 共済契約対象施設等復帰年月日 >

共済契約対象外施設等から復帰した日(配置換命令書の発令年月日)を記入してください。

③ 職種番号

「職種」欄には、下記の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職種番号								
名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等	医師	05	医師等	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師等	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等
			介助員	11	介助員等			
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員等	訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当員等	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	その他	14	いずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等)

④ 復帰時の本俸月額

- ・ 復帰した共済契約対象施設等における「本俸月額」を記載します。
- ・ 月の途中で復帰した場合は、復帰月の翌月の本俸月額を記入してください。

注1 特定介護保険施設等に復帰した場合、公的助成の対象外となることから、単位掛金額の3倍の掛金が必要になります。(社会福祉施設等に復帰した場合、単位掛金額の3倍とはなりません。)

注2 施設等新設届・申出書で「契約対象施設等復帰」として報告された共済契約対象外施設等へ異動している職員については、提出の必要はありません。