

函館市社会福祉施設産休等代替職員設置事業実施要綱 新旧対照表

現 行	改 正 後
<p>第1条～第10条 【略】</p> <p>附 則 【略】</p>	<p>第1条～第10条 【略】</p> <p>附 則 【略】</p> <p>附 則</p> <p><u>この要綱は、令和4年2月1日から施行する。</u></p>

別記第1号様式（第3条関係）

※ 第		号	
児童福祉施設等における産休等代替職員登録申込書			
あ な た の 氏 名	(ふりがな) 氏 名	年 月 日 生 歳	性 別 <u>男</u> ・女
	住 所		
氏 名	最終学歴	小卒, 中卒, 高卒, 短大卒, 大学以上卒, その他 ()	
	職 種	資格取得 年月日等	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 保育士資格合格・保育士養成所卒 大学卒で児童福祉関係の学科履修 教諭資格有・大臣等の認定
な ど	経験年数	児童福祉施設等に勤務したことが ある (年 か月) ない	
あ な た の 勤 務 を 希 望 す る 施 設 な ど	施設種別	保育所, 児童養護施設, 知的障害者小規模通所授産施設, 児童自立支援施設, 乳児院, 母子生活支援施設, 救護施設, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム (特定施設入所者生活介護の 指定を受けている施設を除く), 授産施設 (社会福祉法および生活保護法に規定する授産施設), 身体障害者福祉工場, 知的障害者福祉工場, 身体障害者小規模通所授産施設, その他 ()	
	職 種	保育士, 看護師, 介護員, 保健師, 児童生活支援員, 児童自立支援専門員, 指導員 (母子指導 員, 児童指導員, 生活指導員, 職業指導員等), セラピスト (作業療法士, 理学療法士等), 栄養士, 調理員, その他 ()	
	宿 泊	児童福祉施設等の都合により宿泊することが できる できない	
	勤務を希望する 地域		
あ な た の 自 宅 の 略 図	(最寄のバス停下車 徒歩 分)		
上記のとおり児童福祉施設等の産休等代替職員としての登録を申し込みます。 平成 年 月 日 函館市長 様 氏 名 (自署)			
受 理	※ 平成 年 月 日	登 録	※ 平成 年 月 日 第 号

- 注1 ※印の欄は、記入の必要がありません。
 注2 表中の選択項目については、該当する項目を○で囲んでください。
 注3 この様式には、資格証明書の写しを添付してください。

別記第1号様式（第3条関係）

※ 第		号	
児童福祉施設等における産休等代替職員登録申込書			
あ な た の 氏 名	(ふりがな) 氏 名	年 月 日 生 歳	
	住 所		
氏 名	最終学歴	小卒, 中卒, 高卒, 短大卒, 大学以上卒, その他 ()	
	職 種	資格取得 年月日等	保育士資格合格・保育士養成所卒 大学卒で児童福祉関係の学科履修 教諭資格有・大臣等の認定
な ど	経験年数	児童福祉施設等に勤務したことが ある (年 か月) ない	
あ な た の 勤 務 を 希 望 す る 施 設 な ど	施設種別	保育所, 児童養護施設, 知的障害者小規模通所授産施設, 児童自立支援施設, 乳児院, 母子生活支援施設, 救護施設, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム (特定施設入所者生活介護の 指定を受けている施設を除く), 授産施設 (社会福祉法および生活保護法に規定する授産施設), 身体障害者福祉工場, 知的障害者福祉工場, 身体障害者小規模通所授産施設, その他 ()	
	職 種	保育士, 看護師, 介護員, 保健師, 児童生活支援員, 児童自立支援専門員, 指導員 (母子指導 員, 児童指導員, 生活指導員, 職業指導員等), セラピスト (作業療法士, 理学療法士等), 栄養士, 調理員, その他 ()	
	宿 泊	児童福祉施設等の都合により宿泊することが できる できない	
	勤務を希望する 地域		
あ な た の 自 宅 の 略 図	(最寄のバス停下車 徒歩 分)		
上記のとおり児童福祉施設等の産休等代替職員としての登録を申し込みます。 平成 年 月 日 函館市長 様 氏名 (自署)			
受 理	※ 年 月 日	登 録	※ 年 月 日 第 号

- 注1 ※印の欄は、記入の必要がありません。
 注2 表中の選択項目については、該当する項目を○で囲んでください。
 注3 この様式には、資格証明書の写しを添付してください。

別記第3号様式の1 (第5条関係)

産休等代替職員任用承認申請書																																																										
産職 休員 等	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳										職名																																														
	出産予定日	平成 年 月 日	病休期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日										職種																																												
産休 等代 替 職 員	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳										傷病名 (病休の場合)																																														
	住所											性別	男・女																																													
産休 等代 替 職 員	任用する職種											資格取得年月日	年 月 日																																													
	資格の有無	有資格者であつて登録名簿に登録されている者である。(登録番号) 無資格者である。 でない。																																																								
産休 等代 替 職 員	任用予定 期間	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前(平成 年 月 日)から 産後 週間を経過する日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)					病休開始後 日日(平成 年 月 日)から 病休開始後 日日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)																																																			
	備考	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、また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																																																								
上記のとおり就職することを承諾します。 平成 年 月 日																																																										
申請日の属する月の																																																										
初めの施設の状態																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>定員</th> <th>措置人員</th> <th>措置費の地域区分</th> <th>職種</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>▲</td> <td>▲</td> <td>特甲地・甲地</td> <td>現員</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>乙地・丙地</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														定員	措置人員	措置費の地域区分	職種											計	▲	▲	特甲地・甲地	現員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人			乙地・丙地												
定員	措置人員	措置費の地域区分	職種											計																																												
▲	▲	特甲地・甲地	現員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人																																												
		乙地・丙地																																																								
上記のとおり産休等代替職員を任用したいので、その承認を申請します。 平成 年 月 日																																																										
函館市長 様 住所 施設種別および施設名 施設長 名 印																																																										

(注) 1 字は借書ではっきり書いてください。
 2 この申請書には産休等職員の出産予定日の記載のある書面または医師の診断書を添付してください。なお、産休等代替職員が無資格者であるときは、有資格者を得られない理由および本人の経歴書を詳細に記した書面を添付してください。

別記第3号様式の1 (第5条関係)

産休等代替職員任用承認申請書														
産職 休員 等	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳										職名		
	出産予定日	年 月 日	病休期間	年 月 日～年 月 日										職種
産休 等代 替 職 員	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳										傷病名 (病休の場合)		
	住所											性別	男・女	
産休 等代 替 職 員	任用する職種											資格取得年月日	年 月 日	
	資格の有無	・有資格者である。(所持資格:) (資格取得年月日: 年 月 日) ・無資格者である。												
産休 等代 替 職 員	任用予定 期間	産 休 病 休					産 休 病 休							
	備考	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、また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												
上記のとおり就職することを承諾します。 年 月 日														
上記のとおり産休等代替職員を任用したいので、その承認を申請します。 年 月 日														
函館市長 様 住所 施設種別および施設名 施設長 名 印														

(注) 1 字は借書ではっきり書いてください。
 2 この申請書には産休等職員の出産予定日の記載のある書面または医師の診断書を添付してください。なお、産休等代替職員が無資格者であるときは、有資格者を得られない理由および本人の経歴書を詳細に記した書面を添付してください。

別記第3号様式の2 (第7条関係)

産休等代替職員任用変更承認申請書						
変更の理由						
産職 休員 等	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳			職名	
	出産予定日 分 娩 日	平成 年 月 日	当初病休期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	傷病名 (病休の場合)		
産休 等 代 替 職 員	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳			性別	男 ・ 女
	住 所					
産休 等 代 替 職 員	当初任用 予定期間	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 産後 週間を経過する日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)	病 休 病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間(日)			
	変更後 任用予定 期 間	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 分娩日(平成 年 月 日)後 週間を経過する日(平成 年 月 日) までの期間 (日間)	病 休 病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間(日)			
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、また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						
上記のとおり変更することを承諾します。 平成 年 月 日 氏名 印						
上記のとおり任用変更したいので、その承認を申請します。 平成 年 月 日 函館市長 様 住 所 施設種別および施設名 施設長名 印						

(注) 1 字は借書ではっきり書いてください。

2 この申請書には産休等職員の分娩日等の記載のある書面または医師の診断書を添付してください。

別記第3号様式の2 (第7条関係)

産休等代替職員任用変更承認申請書						
変更の理由						
産職 休員 等	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳			職名	
	出産予定日 分 娩 日	平成 年 月 日	当初病休期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	傷病名 (病休の場合)		
産休 等 代 替 職 員	(ふりがな) 氏名	年 月 日生 歳			性別	男 ・ 女
	住 所					
産休 等 代 替 職 員	当初任用 予定期間	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 産後 週間を経過する日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)	病 休 病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間(日)			
	変更後 任用予定 期 間	出産日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 分娩日(平成 年 月 日)後 週間を経過する日(平成 年 月 日) までの期間 (日間)	病 休 病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間(日)			
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、また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						
上記のとおり変更することを承諾します。 平成 年 月 日 氏名(自署)						
上記のとおり任用変更したいので、その承認を申請します。 平成 年 月 日 函館市長 様 住 所 施設種別および施設名 施設長名						

(注) 1 字は借書ではっきり書いてください。

2 この申請書には産休等職員の分娩日等の記載のある書面または医師の診断書を添付してください。

別記第4号様式の1（第6条関係）

第 号		
産休等代替職員任用承認通知書		
氏名		
職種		
任用 予 定期 間	産休	出産予定日（平成 年 月 日）の 週間前の日（平成 年 月 日）から 産後 週間を経過する日（平成 年 月 日）までの期間 (日間)
	病休	病休開始後 日目（平成 年 月 日）から 病休開始後 日目（平成 年 月 日）までの期間 (日間)
	ただし、この期間内において、産休等職員の雇用がなくなったときまたは産休等職員 が勤務を開始したときは、その前日までの期間	
賃金	任用予定期間の範囲内で勤務した1日につき 円	
摘要		
平成 年 月 日付で申請のあった貴施設が産休等代替職員を任用することについては、 上記のとおり承認したので通知します。		
平成 年 月 日		
様		
函館市長 印		

別記第4号様式の1（第6条関係）

第 号		
産休等代替職員任用承認通知書		
氏名		
職種		
任用 予 定期 間	産休	出産予定日： 年 月 日 年 月 日から 年 月 日までの期間（ 日間）
	病休	病休開始後 日目（ 年 月 日）から 病休開始後 日目（ 年 月 日）までの期間 (日間)
	ただし、この期間内において、産休等職員の雇用がなくなったときまたは産休等職員 が勤務を開始したときは、その前日までの期間	
賃金	任用予定期間の範囲内で勤務した1日につき 円	
摘要		
年 月 日付で申請のあった貴施設が産休等代替職員を任用することについては、 上記のとおり承認したので通知します。		
年 月 日		
様		
函館市長 印		

別記第4号様式の2 (第8条関係)

第 号		産休等代替職員任用変更承認通知書	
氏名			
職種			
任用 予定 期間	産休 前	変 更	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 産後 週間を経過する日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)
		変 更 後	出産予定日(平成 年 月 日)の 週間前の日(平成 年 月 日)から 産後 週間を経過する日(平成 年 月 日)までの期間 (日間)
	病休 前	変 更	病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間 (日間)
		変 更 後	病休開始後 日目(平成 年 月 日)から 病休開始後 日目(平成 年 月 日)までの期間 (日間)
	ただし、この期間内において、産休等職員の雇用がなくなったときまた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		
	賃金	任用予定期間の範囲内で勤務した1日につき 円	
摘要			
平成 年 月 日付で申請のあった貴施設の産休等代替職員の任用予定期間の変更については、上記のとおり承認したので通知します。			
平成 年 月 日			
様			
函館市長		印	

別記第4号様式の2 (第8条関係)

第 号		産休等代替職員任用変更承認通知書	
氏名			
職種			
任用 予定 期間	産休 前	変 更	出産予定日： 年 月 日 年 月 日から 年 月 日までの期間(日間)
		変 更 後	出産日： 年 月 日 年 月 日から 年 月 日までの期間(日間)
	病休 前	変 更	病休開始後 日目(年 月 日)から 病休開始後 日目(年 月 日)までの期間 (日間)
		変 更 後	病休開始後 日目(年 月 日)から 病休開始後 日目(年 月 日)までの期間 (日間)
	ただし、この期間内において、産休等職員の雇用がなくなったときまた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		
	賃金	任用予定期間の範囲内で勤務した1日につき 円	
摘要			
年 月 日付で申請のあった貴施設の産休等代替職員の任用予定期間の変更については、上記のとおり承認したので通知します。			
年 月 日			
様			
函館市長		印	

