

(別紙1)

## 令和8年度 介護助手事業 実施施設申込書

記入日: 令和8年 月 日

### 1 法人名・実施施設名

法人名				
実施施設名				
実施施設住所	〒 -			
代表者	役職		氏名	
担当者 (※)	役職		氏名	
	電話	- -	FAX	- -
	メールアドレス	@		

※ 担当者は、県社協からの問い合わせにお答えいただける方の情報をご記入ください。

### 2 確認事項等

確認事項 (該当する項目 に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 実施要項「3 実施対象施設(1)～(6)」の条件をすべて満たしている。 <input type="checkbox"/> 業務の細分化と切り分けを行い、年齢や働き方に応じて柔軟な対応が可能である。 <input type="checkbox"/> 介護助手として参加する障がい者に対し、配慮内容の意向を事前に確認し、全職員が共通の認識を持ち、働きやすい環境に努めることが可能である。		
応募に至った 経緯	(具体的に記入してください)		
受入・継続雇用 予定人数	受入予定人数 人 (※1)	再雇用予定人数 人 (※2)	
介護助手が行う 業務・勤務時間 の整理の検討	<input type="checkbox"/> 検討した <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 検討予定 (具体的に記入してください)		

※1 受入予定人数は、介護助手として受け入れ可能な人数を入力してください。

※2 再雇用予定人数は、実施期間終了後引き続き雇用可能な人数を入力してください。

(送付先) 愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 人材研修課(担当:中田・吉川)

Eメール : jinzai@ehime-shakyo.or.jp

令和8年5月28日(木)締切