様式１６

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（障がい分）

勤務証明書

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

　所在地　　〒

法人名

役職・代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　　　（　　　）

下記の者について、以下のとおり勤務していたことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務先の名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 勤務先での職種 |  |
| サービス種類 |  |
| 利用者との接触の有無 | 有　　　・　　無 |
| 勤務日数 | 年　月　日～　年　月　日　（　　日） |
| 勤務先における主な勤務内容 |  |

＊２０万円支給対象者の場合、別途概要書が必要。