

勤務証明書(インフルエンザ予防接種助成対象者確認用)

(証明年月日) 年 月 日

下記の者が勤務していることを証明します。

住所

氏名

生年月日 昭和
・
平成 年 月 日 (歳)

(↑○で囲んでください。)

※裏面を参照の上、該当する事業所の番号・種別を記載してください。

番号	種別

事業所所在地

事業所名

代表者職名・氏名

印

電話番号

【医療機関記入欄】

接種日	/	医療 機関名	
-----	---	-----------	--

○対象事業所一覧

番号	施設種別
1	訪問介護
2	訪問入浴介護
3	訪問看護
4	訪問リハビリテーション
5	通所介護
6	通所リハビリテーション
7	短期入所生活介護
8	短期入所療養介護
9	特定施設入居者生活介護
10	福祉用具貸与
11	居宅介護支援
12	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13	夜間対応型訪問介護
14	地域密着型通所介護
15	認知症対応型通所介護
16	小規模多機能型居宅介護
17	認知症対応型共同生活介護
18	地域密着型特定施設入居者生活介護
19	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
20	看護小規模多機能型居宅介護
21	介護予防訪問入浴介護
22	介護予防訪問看護
23	介護予防訪問リハビリテーション
24	介護予防通所リハビリテーション
25	介護予防短期入所生活介護
26	介護予防短期入所療養介護
27	介護予防特定施設入居者生活介護
28	介護予防福祉用具貸与
29	介護予防認知症対応型通所介護
30	介護予防小規模多機能型居宅介護
31	介護予防認知症対応型共同生活介護
32	介護予防支援
33	介護老人福祉施設
34	介護老人保健施設
35	介護医療院
36	介護予防・日常生活支援総合事業(指定サービス・介護予防ケアマネジメント)
37	介護療養型医療施設
38	有料老人ホーム
39	軽費老人ホーム
40	養護老人ホーム
41	生活支援ハウス
42	サービス付き高齢者向け住宅