

令和7年度 介護施設の職場体験 手 引 書

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 新潟県福祉人材センター

〒950-8575 新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5523 / FAX : 025-282-0548

目 次

介護の魅力情報発信事業（職場体験）実施細則	1
受入施設の手続きフローチャート	4
「介護施設の職場体験」事業における個人情報の取り扱いについて	5
介護施設の職場体験プログラム【記載例】	6
介護施設の職場体験における留意事項【体験者の方へ】	7
介護施設の職場体験申込書(様式1)	8
介護施設の職場体験者決定通知書(様式2-1)	9
介護施設の職場体験決定通知書(様式2-2)	10
介護施設の職場体験受入終了報告書(様式3-1)	11
介護施設の職場体験終了報告書(様式3-2)	12
介護施設の職場体験受入費用請求書(様式4)	14
介護施設の職場体験受入費用請求書(様式4別表)	15

介護の魅力情報発信事業(職場体験) 実施細則

1 趣 旨

この細則は、「介護の魅力情報発信事業(職場体験) 実施要領」に基づき、職場体験の実施にあたって必要な事項を定める。

2 事業の目的

介護の仕事に関心を有している、または社会福祉施設・介護保険事業所等の職場に就業を希望している者(以下「体験希望者」という。)に対して職場を体験する機会を提供し、実際の職場の雰囲気やサービス内容を直接知ることができる環境をつくり、職場への人材の参入を促進することを目的とする。

3 実施主体

新潟県の委託を受け、社会福祉法人新潟県社会福祉協議会(以下「県社協」という。)が実施する。

4 事業の内容等

(1) 実施内容

県社協は体験希望者に対し職場体験を斡旋し、体験希望者は、社会福祉施設・介護保険事業所(以下「福祉施設等」という。)における職場体験を行う。

(2) 職場体験の対象者

高校生以上の者で福祉・介護の仕事に関心があり、将来的に福祉・介護の現場で働くことを希望している者とする。既に福祉施設等に在職している者や受入施設の採用活動の一環とみなされる場合は対象外とする。

(3) 受入対象の福祉施設

新潟県内に所在する介護保険法に基づく指定または許可を受けた以下の介護サービス施設・事業所で、職場体験の受入を承諾した介護サービス施設・事業所(以下「受入施設」という。)において実施するものとする。

<対象施設種別>

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、老人短期入所施設、老人デイサービスセンター、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院

(4) 実施期間

令和7年6月1日から令和8年2月28日

(5) 職場体験の日数等

- ① 職場体験の日数は、原則、1人あたり1日～10日以内とし、同一施設での体験は5日上限とした1回限りとする。また、連続した日程を原則とするが、災害、疾病等特にやむを得ない理由等がある場合には、この限りではない。
- ② 1日あたりの職場体験時間は、原則、4時間～6時間程度を目安とする。ただし、体験者または受入施設の実情により配慮する必要があると県社協が判断した場合は、1日の体

験時間を4時間未満とすることも可能とする。

- ③ 体験は、日中の通所による体験とし、宿泊での体験（夜勤、宿直）は行わないこととする。

5 事業の実施方法

- (1) 体験希望者は「介護施設の職場体験申込書」（様式1）に必要事項を記入の上、体験希望日の3週間前までに県社協へ提出する。
- (2) 県社協は、体験者が希望する受入施設と連絡調整の上、体験受入日を決定し、「介護施設の職場体験者決定通知書」（様式2-1）を受入施設の長あてに通知する。
- (3) 県社協は、体験希望者に対して、「介護施設の職場体験決定通知書」（様式2-2）により、体験日時や体験内容、留意事項等を通知する。
- (4) 体験者は、体験終了後、「介護施設の職場体験終了報告書」（様式3-2）を作成し、県社協へ提出する。
- (5) 受入施設の長は、体験終了後、「介護施設の職場体験受入終了報告書」（様式3-1）および「介護施設の職場体験受入費用請求書」（様式4）を県社協へ提出する。

6 職場体験の留意事項

- (1) 職場体験の内容は、体験者や受入施設等の実情に応じて、無理のない内容とすること。
- (2) 施設利用者への身体介護などの体験には、必ず職員が付き添い実施すること。
- (3) 受入施設等の長は、職場体験中の体験者の態度又は言動等に著しく問題があると判断した場合は、県社協と協議の上、職場体験を中止することができる。
- (4) 受入施設が体験希望者に対して健康診断や細菌検査（検便）を求める場合は、体験希望者の費用負担がなるべく少なくなるよう、必要最小限の検査とする。なお、体験日数が1日の場合については、いずれの受入施設においても健康診断や細菌検査（検便）を体験希望者に求めないものとする。
- (5) 新型コロナウイルス感染症等対策について
 - ① 受入施設は、必要に応じて、体験希望者に対し、マスクの着用、手洗い・うがい等の基本的な感染防止対策を実施する。
 - ② 受入施設は、利用者及び職員に新型コロナウイルス感染症の感染者がいる場合、体験決定日の受入れを行わないこととする。
 - ③ 受入施設は、体験希望者が以下に該当する場合、体験決定日の当該体験希望者の受入れを行わないこととする。なお、受入施設が体験者に対し抗原検査を求める場合は、検査費用等は受入施設で負担すること。
 - ア 体験当日の体温が37.5℃を超えている
 - イ 体験前1週間に、以下の事象がある
 - a 平熱を超える発熱
 - b せき、のどの痛みなどの風邪症状
 - c 嗅覚や味覚の異常
 - d 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触

- e 同居家族や身近な知人に感染が疑われる症状

7 職場体験の費用

(1) 体験者にかかる費用

- ① 職場体験の体験費用は無料とし、体験期間中の給与は無給とする。
- ② 体験期間中の食費や被服費は、体験者の自己負担とし、受入施設の指示により支払うこととする。
- ③ 受入施設への往復の交通費は、体験者の自己負担とする。
- ④ 県社協は、受入施設が求めた健康診断や細菌検査（検便）に要した費用について、3,000円を上限とする実費額を負担する。

(2) 受入施設にかかる費用

- ① 受入施設への受入費用は、体験者1人1日当たり4,000円とする。
- ② 県社協は、受入施設の長から「介護施設の職場体験受入終了報告書」（様式3-1）および「介護施設の職場体験受入費用請求書」（様式4）を受理した後に支払う。

8 職場体験に伴う事故等への対応

(1) 保険の加入

県社協は、職場体験に伴い想定される事故に対応するため、体験者本人の傷害補償・対人及び対物事故への賠償保険（ボランティア行事用保険）に加入することとし、保険料（掛金）は、県社協が負担する。

(2) 健康管理等

施設利用者等のプライバシーの保護や健康管理への配慮については、受入施設が体験初日に実施するオリエンテーション等において十分な指導を行うこと。

9 個人情報の取り扱いについて

本事業にかかる個人情報の取り扱いについては、別紙「「介護施設の職場体験」事業における個人情報の取り扱いについて」及び県社協「個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）」により適切に管理する。

附 則

- この細則は、平成21年11月1日から実施する。
- この細則は、平成28年4月1日から実施する。
- この細則は、平成29年4月1日から実施する。
- この細則は、平成30年4月1日から実施する。
- この細則は、平成31年4月1日から実施する。
- この細則は、令和2年4月1日から実施する。
- この細則は、令和3年4月1日から実施する。
- この細則は、令和4年4月1日から実施する。
- この細則は、令和4年10月1日から実施する。
- この細則は、令和5年4月1日から実施する。
- この細則は、令和6年4月1日から実施する。
- この細則は、令和7年4月1日から実施する。

受入施設の手続きフローチャート

1 受入施設の申し込み <受入施設→県社協>

- 社会福祉法人新潟県社会福祉協議会（以下、「県社協」）の依頼により、体験者の受入を希望する施設は所定の申込フォームにより申し込んでください。

【対象となる施設種別】

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、老人短期入所施設、老人デイサービスセンター、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院

2 体験受入要請の承諾 <県社協→受入施設>

- 県社協が、体験希望者の受入調整を行います。体験日時等が決定後、「介護施設の職場体験者決定通知書【様式2-1】」により、受入施設の長あてに通知します。（メールまたは郵送）
 - 体験者に対しては、「介護施設の職場体験決定通知書【様式2-2】」及び「体験プログラム」を通知します。（メールまたは郵送）
- ※体験日程の変更・中止等がある場合は、電話でのご連絡をお願いします。

3 職場体験に関する事前連絡 <体験者→受入施設>

- 体験者から受入施設に対し、体験日の1週間前を目処に電話等による事前連絡があります。その際に、体験にあたっての注意事項等について説明してください。

4 職場体験の実施

- 職場体験は、上記1受入申し込み時に提出されたプログラムに則り、無理のない内容で実施してください。

5 職場体験の終了 <受入施設→県社協>

- 職場体験が終了後、「介護施設の職場体験受入終了報告書【様式3-1】」および「介護施設の職場体験受入費用請求書【様式4】」を県社協へ提出してください。（メールまたは郵送）
- 当該様式を受理後に受入費用をお支払いします。

「介護施設の職場体験」事業における個人情報の取り扱いについて

1 個人情報の利用目的・利用範囲等について

新潟県社会福祉協議会（以下「本会」という。）は以下の事項を踏まえ、適切に個人情報を取り扱うこととします。

- ① 当該事業にかかる個人情報については、本会「個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）」に基づき取り扱います。
- ② 体験申し込みおよび受入調整作業等において、氏名、生年月日、住所、電話番号等が必要となります。本会において、個人情報を電子データ化して管理するとともに、「介護施設の職場体験者決定通知書」に記載し、体験受入施設に通知します。
- ③ 当該事業において取り扱う個人情報は、当事業にかかる目的にのみ使用し、本会処務規程に規定する文書の保存期間により保管し、保管期間経過後は適切に廃棄処理します。

2 体験申込者本人の同意確認について

体験を希望する者は、個人情報の取得・取り扱いについて、上記に同意のうえ申し込み願います。

また、体験者は、当該事業により知り得た施設等の利用者の個人情報等を他に漏らしたり提供してはならないものとします。

3 社会福祉施設等の個人情報保護に関する取り扱いについて

体験受入施設等は、体験者の個人情報を当該事業にかかる目的以外には使用してはならないものとします。

個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会は、以下の方針に基づき、個人情報（特定個人情報を含む。）の保護に努めます。

- 1 本会は、個人の人格尊重の理念のもとに、関係法令等を遵守し、実施するあらゆる事業において、個人情報を慎重に取り扱います。
- 2 本会は、個人情報を適法かつ適正な方法で取得します。
- 3 本会は、個人情報の利用目的を特定するとともに、その利用目的の範囲でのみ個人情報を利用します。
- 4 本会は、あらかじめ明示した範囲及び法令等の規定に基づく場合を除いて、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく外部に提供しません。
なお、特定個人情報については、本人の同意の有無に関わらず、関係法令に基づき、許容される範囲を除き第三者に提供しません。
- 5 本会は、個人情報を正確な状態に保つとともに、漏えい、滅失、き損などを防止するため、適切な措置を講じます。
- 6 本会は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・追加・削除・利用停止を求める権利を有していることを確認し、これらの申出があった場合には、速やかに対応します。
なお、特定個人情報については、利用目的を達成し、関係法令に定められた保存期間を経過した場合には、適切かつ速やかに削除又は廃棄します。
- 7 本会は、個人情報の取り扱いに関する苦情があったときは、適切かつ速やかに対応します。
- 8 本会は、個人情報を保護するために適切な管理体制を講じるとともに、個人情報保護に関する役職員の意識啓発に努めます。
- 9 本会は、この方針を実行するため、個人情報保護規程及び特定個人情報等取扱規程を定め、これを本会役職員に周知徹底し、確実に実施します。

平成17年4月1日制定
平成28年1月1日一部改正

《介護施設の職場体験プログラム》

記載例

体験施設名	特別養護老人ホーム新潟福祉人材園		
体験時間	9:00 ~ 16:00 (休憩:12:00~13:00)		体験時間は、原則4~6時間程度(休憩時間は除く)とします
体験内容	特別養護老人ホームの一日の流れを体験する。		
時間	体験者の動き		
~9:00	※9:00までに着替えを済ませてください		
9:00~	オリエンテーション 施設概要、スケジュールや注意事項等の確認	体験内容とスケジュールを記載します	
9:30~	基本的知識の講義 利用者との接し方、車いすの操作方法等の説明		
10:00~	施設・業務見学 直接支援業務見学(移乗、入浴介助等)		
11:00~	業務体験 間接的業務(食事配膳等)		
12:00~	昼休憩		
13:00~	業務体験 間接的業務(シーツ交換等) 直接支援業務見学(リハビリ、レクリエーション等)		
15:30~	振り返り・質疑応答	()内は注文方法や料金を記入	
	※体験日数は2日以上の場合、上記日程を繰り返します。		
駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用不可 最寄駅・バス停	ユニゾンプラザ前バス停 徒歩1分	
昼食	<input checked="" type="checkbox"/> 体験者が持参 <input type="checkbox"/> 施設食を提供(無料) <input type="checkbox"/> 施設で注文(当日注文/1食500円当日払い)		
持ち物	<input checked="" type="checkbox"/> 内履き <input checked="" type="checkbox"/> 飲み物 <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> メモ帳 <input type="checkbox"/> エプロン <input checked="" type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> フェイスシールド <input type="checkbox"/> その他()		
服装	ジャージなど動きやすい服装 (高校生の場合、学校指定の体操着 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
更衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり → <input checked="" type="checkbox"/> 体験前に着替える <input type="checkbox"/> 着替え不要 <input type="checkbox"/> なし		
健康診断	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 細菌検査(検便)	<input type="checkbox"/>	
感染症対策	・体験日の1週間前から検温などの健康チェックをしてください。 ・体験当日、発熱や風邪症状等ある場合は、事前に施設へ連絡してください。 ・体験中は、マスクを着用してください。		
留意事項	・爪は短く切ってください。長い髪の毛は、ゴムなどで束ねてください。 ・指輪など介護をする上で、利用者を傷つける恐れのあるものは身につけないでください。		

介護施設の職場体験における留意事項

職場体験にあたっては、次に掲げる留意事項を遵守してください。

1 心構え

(1) 施設利用者や施設職員への挨拶や言葉遣い、マナーには十分気をつけて、体験者として謙虚な姿勢で臨んでください。

(2) やむを得ない場合を除き、遅刻・無断欠席はしないでください。万が一、遅刻や欠席をする場合は、受入施設と県社協に必ず連絡を入れてください。

(3) 施設は、利用者にとって生活の場であることを十分に認識し、利用者の人権を最大限に尊重し、施設利用者には、指示による特別の場合を除き、公平で節度ある態度で接すること。

2 個人情報管理

(1) 職場体験で知り得た施設利用者等の個人に関する情報は、体験中はもとより体験後においても、決してこれを他に漏らさないでください。

(2) メモを取る際も、個人情報管理には十分注意をしてください。

3 体調管理・感染症対策

(1) 体験日まで毎日の生活リズムを整え、体調管理(右記項目)に注意しましょう。

(2) 体験受入施設から感染症対策を求められる場合は、そちらに従ってください。

(3) 体調不良やその他感染症の疑いがある場合は、無理をせずに体験を中止し、受入施設と県社協に連絡を入れ、指示に従ってください。

<体調管理チェック項目>

- 体験当日の体温が 37.5℃を超えていない
- 体験前1週間に、以下の事象はない
 - ア 平熱を超える発熱
 - イ せき、のどの痛みなどの風邪症状
 - ウ 嗅覚や味覚の異常
 - エ 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触
 - オ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる症状

4 体験当日の決まり事

(1) 体験期間中は、施設の方針や担当指導職員の指示により行動し、方針や指示が理解できないときは必ず質問し、不明のまま行動しないようにしましょう。自信の無いことや心配なことは、進んで相談しましょう。

(2) 施設利用者から苦情を言われた場合は、速やかに担当指導職員に報告してください。

(3) 動きやすく派手ではない服装を心がけてください。また、ケガ防止のため、アクセサリ類は着用しないでください。

(4) 体験中、携帯電話は原則使用禁止です。電源を切ってカバンにしまっておきましょう。

5 緊急時の対応について

体験中に事故等、緊急の事態が発生した場合は、自ら判断せず、施設の長並びに担当指導職員の指示に従うとともに、県社協に連絡してください。

6 報告書の提出について

体験終了後2週間以内に「介護施設の職場体験終了報告書【様式3-2】」を作成し、県社協へ提出してください。(メールまたは郵送)

様式は、新潟県福祉人材センターのホームページよりダウンロードできます。

介護施設の職場体験 申込書

フリガナ			性別			(西暦)		
氏名			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
住所	〒							
連絡先	電話番号	①本人連絡先			②緊急時連絡先(続柄:)			
	メールアドレス	@						
所属	学生の方				一般の方			
	学校名				□在職中(□福祉分野/□福祉分野以外) □無職			
	担任名			学年			介護現場での業務経験	□あり □なし
福祉関係資格 (該当に○)	介護福祉士		実務者研修		介護職員初任者研修			
	入門的研修		旧ホームヘルパー1級・2級		介護支援専門員			
	社会福祉士		社会福祉主事		その他()			

体験希望内容

※体験受入施設一覧は、『介護施設の職場体験ガイドブック』をご確認ください。
新潟県福祉人材センターのホームページにも掲載しております。

希望体験箇所数 (該当に○)	ヶ所数	施設No	施設・事業所名	体験希望日 (第3候補までご記入ください)
合計 1・2・3 ヶ所	1			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
希望体験日数 (1～5日)	2			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
1ヶ所目 _____日	3			① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日 ③ 月 日～ 月 日
2ヶ所目 _____日				
3ヶ所目 _____日				

※高校生の方は チェックしてください	<input type="checkbox"/> 申込みにあたって、保護者に同意を得ており、学校担任へ報告している
-----------------------	---

特記事項	
------	--

※記載いただいた個人情報本事業の実施のみに使用し他の目的には使用しません。(体験施設にも提供します)

<申込方法>

本申込書に記載し、人材センターに持参、郵送・メール(ファイル添付)にてお送りください。
または、申込フォーム(右記二次元コード)からお申し込みできます。

【申込期限：体験希望日(一番早い日を基準)の3週間前まで】

<申込先>

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 新潟県福祉人材センター
〒950-8575 新潟県新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニソンプラザ3階
TEL: 025-281-5523 FAX: 025-282-0548
MAIL: ni.jinzaicenter@fukushiniigata.or.jp



事務連絡
令和 年 月 日

御中

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会
新潟県福祉人材センター長

介護施設の職場体験者決定通知書

「介護施設の職場体験」について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

1 体験者及び体験日程

フリガナ		年齢	歳	性別	
氏名					
職業 (学校名・学年)					
本人 連絡先		緊急時 連絡先			
体験日程					
備考					

2 体験内容及び留意事項

別添「介護施設の職場体験プログラム」参照

※このプログラムの写しを体験者にもお渡ししております。

3 その他

(1) 体験開始日の1週間前までに体験者から集合時間・持ち物等についての電話連絡がありますので、ご対応をお願いします。

(2) 職場体験終了後は、下記様式を新潟県福祉人材センターへご提出ください。(メールまたは郵送)

様式は、新潟県福祉人材センターのホームページよりダウンロードできます。

- ・「介護施設の職場体験受入終了報告書【様式3-1】」
- ・「介護施設の職場体験受入費用請求書【様式4】」

注) 令和5年度からインボイス制度開始に伴い、様式4「介護施設の職場体験受入費用請求書」の項目が一部変更となっておりますので最新の様式を使用してください。(適格請求書発行事業者登録番号欄を追加)

事務連絡
令和 年 月 日

様

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会
新潟県福祉人材センター長

介護施設の職場体験決定通知書

「介護施設の職場体験」について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

1 体験日程及び体験施設

体験日程			
法人名			
施設名			
フリガナ		事業所種別	
担当者名			
住所			
電話番号			

2 体験内容及び留意事項

別添「介護施設の職場体験プログラム」参照

3 その他

- (1) 体験開始日の1週間前までに、体験施設の担当者宛てに電話連絡を入れ、集合時間や集合場所、持ち物、交通手段等について再確認してください。
- (2) 体験当日、体調不良等により欠席する場合は、体験施設の担当者宛てに電話連絡を入れ、その後、新潟県福祉人材センターにも電話連絡してください。
- (3) 体験終了後2週間以内に、「介護施設の職場体験終了報告書【様式3-2】」を新潟県福祉人材センターに提出してください。(メールまたは郵送)
様式は、新潟県福祉人材センターのホームページよりダウンロードできます。

介護施設の職場体験 受入終了報告書

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 新潟県福祉人材センター長 様

法人名

施設名

施設長名

記入者名

当施設において、下記の者が介護施設の職場体験を終了したことを報告します。

1 体験終了者

No.	体験者氏名	体験期間	体験日数	備考
1		月 日 ~ 月 日	日間	
2		月 日 ~ 月 日	日間	
3		月 日 ~ 月 日	日間	

2 職場体験を実施しての感想を記載してください。

(体験を実施しての感想、体験時の様子、介護職を志す体験者へ期待することなど)

3 体験受入のきっかけについて、該当番号に○をつけてください。(複数回答可)

- ① 体験者の就職や進学に役立つと考えたため ② 介護のイメージアップになるため
 ③ 施設のPRにつながると考えたため ④ 職員のやる気を向上させるため
 ⑤ その他 ()

※上記2・3については、ご回答いただいた内容をホームページ等に掲載させていただく場合がございます。

介護施設の職場体験 終了報告書

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 新潟県福祉人材センター長 様

記入日：令和 年 月 日

氏名		年齢		学校名/学年 (学生のみ)					
体験施設名									
体験日	令和	年	月	日	～ 月 日				
体験日数 (該当に○)	1日	・	2日間	・	3日間	・	4日間	・	5日間
備考									

▼下記について回答してください。

(ご回答いただいた内容を匿名にてホームページ等に掲載させていただく場合がございます。)

1.「介護施設の職場体験」をどこで知りましたか。(複数回答可)

- ① 新潟県福祉人材センター ② 学校 ③ ハローワーク等(相談機関) ④ 友人・知人から聞いて
⑤ 家族・親族から聞いて ⑥ 施設・事業所 ⑦ イベント(就職フェア等)
⑧ インターネット広告 ⑨ その他()

2.体験の動機を教えてください。(複数回答可)

- ① 介護関係への進学を希望しているため ② 介護業界に就職を希望しているため
③ 実際の職場の雰囲気を知りたいと思ったため ④ 教師や親に進路選択の際に役立つからと勧められたため
⑤ その他()

3. 体験しての感想を記載してください。

4.「介護施設の職場体験」事業についてご意見・ご要望があれば記載してください。

(健康診断等に要した費用がある場合は裏面も記入してください)

▼健康診断や細菌検査(検便)に要した費用請求

職場体験にあたり、受入施設からの要望により健康診断や細菌検査(検便)を受診した場合は、3,000円を限度とした検査費用の実費額を、新潟県福祉人材センターがお支払いしますので、下記項目を記入してください。(領収書を必ず添付してください)

請求金額	円 (3,000円が上限)	
請求内容	<input type="checkbox"/> 健康診断費用として <input type="checkbox"/> 細菌検査(検便)費用として	
振込先口座	(フリガナ)	
	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協
	(フリガナ)	
	支店名	支店
	預金種類	普通預金
	口座番号	
	(フリガナ)	
口座名義		
電話番号		

領収書は下記に貼付してください。

介護施設の職場体験 受入費用請求書

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 様

法人名	
施設名	
施設長名	(公印)
記入者	

- 適格請求書発行事業者ではない
 適格請求書発行事業者である
 ▼適格請求書発行事業者の場合は記入してください。

登録番号 <small>(インボイス制度)</small>																			
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

当施設において、介護施設の職場体験が終了しましたので、受入費用を請求します。

1 請求内容

体験者数	人	延体験日数	日間
請求金額	円 (一人1日あたり4,000円 × 延体験日数)		日)
	税抜	円 (10%対象消費税額)	円)

※税抜金額は別表を参照してください。

2 振込口座

フリガナ			
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	
預金種類	(普通・当座)	口座番号	
フリガナ			
口座名義			
備考			

様式4（別表）

介護施設の職場体験受入費用 消費税金額等一覧

「介護施設の職場体験受入費用請求書（様式4）」には下記の金額をご記入ください。

（単位：円）

体験者数	体験受入費用 【税込】	体験受入費用 【税抜】	消費税額
1人	4,000	3,637	363
2人	8,000	7,273	727
3人	12,000	10,910	1,090
4人	16,000	14,546	1,454
5人	20,000	18,182	1,818
6人	24,000	21,819	2,181
7人	28,000	25,455	2,545
8人	32,000	29,091	2,909
9人	36,000	32,728	3,272
10人	40,000	36,364	3,636

※税抜き金額は、下記のとおり計算しています。

$$\text{税抜き金額} = \text{税込み金額} \div 1.1$$

（小数点以下の端数処理については切り捨て）