

平成 30 年度

介護等の体験実施にあたっての留意事項

- ・ 介護等体験実施に係る経費について
(平成 10 年 9 月 16 付け長社協第 271 号 通知) (写)
- ・ 証明書様式 (参考)
- ・ 証明書記載例
- ・ 証明書発行事務の留意点について
- ・ 平成 30 年度年間受入計画書 (様式 3 号の添付書)
- ・ 請求書

社会福祉法人長野県社会福祉協議会



写

長社協第271号
平成10年9月16日

小学校及び中学校の課程認定のある大学等の長 殿
介護等体験受入施設の長 殿

社会福祉法人 長野県社会福祉協議会 会長

小学校及び中学校教諭免許状取得希望者に対する介護等体験実施
に係る経費について(通知)

標記の経費につきましては、「小学校及び中学校教諭免許状取得希望者に対する介護等体験の実施要領」（平成10年9月8日付10教高第242号の別添、以下「実施要領」という。）の3の（1）により「学生本人が負担する」と定められていますが、この取扱いは下記によることになりましたので通知します。

記

1 経費の額

- （1）介護等体験の実施に係る経費の額は、学生一人につき1日1,500円とする。
- （2）学生一人につき1日1,500円の内訳は、受入施設の介護等体験に要する経費分を1,000円、長野県社会福祉協議会の受入調整経費分を500円とする。

2 経費の納入方法

- （1）経費は大学等があらかじめ学生から徴収し、長野県社会福祉協議会が介護等体験受入決定通知書（実施要領の様式2号）に基づき送付する請求書により、大学等が長野県社会福祉協議会に一括して納入する。
- （2）受入施設の介護等体験に要する経費分は、受入施設が介護等体験実施報告書（実施要領の様式6号）に基づき提出する請求書により、長野県社会福祉協議会が当該受入施設に、原則として当該年度分を一括して支払う。

3 介護等体験の実施が困難となった場合の経費

- （1）介護等体験受入決定通知書に基づく請求書により納入された経費のうち、長野県社会福祉協議会の受入調整経費分については、介護等体験が実施できなかった場合でも返還しない。
- （2）介護等体験が実施できなかった場合の受入施設の介護等体験に要する経費分については、実施できなかった日数に応じて、長野県社会福祉協議会から大学等に返還する。

4 その他の経費

- （1）介護等体験時における昼食代等は学生の実費負担とし、当該受入施設が直接本人から徴収する。
- （2）交通費等は、学生の負担とする。

(参 考)

(特例法施行規則第 4 条第 3 項関係 別記様式)

{ 特殊教育諸学校 → 体験修了者 }
社会福祉施設等

証 明 書

本 籍 地

氏 名

年 月 日生

上記の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第 2 条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

記

期 間	学校又は施設名及び住所	体験の概要	学校又は施設の長の名及び印
年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			

備考 1 「期間」欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎に記入すること。

2 「体験の概要」の欄には、「高齢者介護等」「知的障害者の介護等」等の区分を記入すること。

(記載例)

証 明 書

点線内は学生の記入でも可
(本籍地・氏名・生年月日)

本籍地 長野県
氏 名 長野 太郎
平成 10 年 1 月 1 日生

上の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

枠内の記載は必ず受入事業所・
特別支援学校で行うこと

記

期 間	学校又は施設名及び住所	体験の概要	学校又は施設の長の名及び印
平成 30 年 7 月 17 日 ～平成 30 年 7 月 20 日 及び 平成 30 年 7 月 23 日 (5 日間) 2 段に分けての 証明でも可	〇〇〇デイサービスセン ター 長野市南長野幅下 692-2	高齢者介護等	施設長 職名記載 長野 一郎 公印

備考

1. 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎記入すること。
2. 「体験の概要」の欄には、「高齢者介護等」「知的障害者の介護等」等の区分を記入すること。

証明書発行事務の留意点について

○ ‘期間’ の欄の記載方法について

・休日等により体験期間が連続していない場合、「及び」に書き加えて1段で証明するか、又は2段（複数段）に分けて証明をしてください。

→ 体験した日にちが分かるような記載をお願いします。

（例）

平成30年7月16日から7月20日の期間で、休日（体験のしていない日）が7月16日の場合

(1) 平成30年7月17日～平成30年7月20日
及び 平成30年7月23日
(5日間)

} 1段で証明

(2) 平成30年7月17日～平成30年7月20日
(4日間)
平成30年7月23日 (1日間)

} 2段で証明

・年月日の年を省略しないでください。

○ ‘学校名または施設名及び住所’ の欄の記載について

学校名と住所又は、施設名と住所を確実に記載してください。特に、住所の記載漏れが多いので注意してください。

また、施設名は運営する法人名・会社名等ではなく、直接体験した施設名を記載してください。

○ ‘学校又は施設の長の名及び印’ の欄の記載について

・「職名」、「長の氏名」及び「公印」を記載・押印してください。

・施設の長については、当該施設における責任者の方の職名及び氏名を記載してください。

○ その他

・「記」以下の証明内容を訂正する場合は、施設長又は学校長の公印で訂正してください。

・証明書は、学校又は施設等で作成し証明するものです。学生に記入をさせることのないようお願いします。（本籍名・氏名・生年月日は学生が記入しても可。）

・証明書を発行する際は、介護等の体験者台帳（様式5号）の「備考」欄に必ず、割印をして下さい。

(様式3号の添付書)

平成30年度年間受入計画書

- 30年7月2日からの週を受入開始の週とし、31年3月1日までの週を受入最終の週とする。
- 受入は、月曜日から金曜日の5日間を原則とする。(黒の反転日は祝祭日を示す)
- 表の受入人数の欄に受入可能数を記入すること。

施設名 _____

7月	週コード	14					15					16					17					18				
	受入期間	2月	3火	4水	5木	6金	9月	10火	11水	12木	13金	16月	17火	18水	19木	20金	23月	24火	25水	26木	27金	30月	31火	1水	2木	3金
	受入人数	人					人					人					人					人				
8月	週コード	19					20					21					22									
	受入期間	6月	7火	8水	9木	10金	13月	14火	15水	16木	17金	20月	21火	22水	23木	24金	27月	28火	29水	30木	31金					
	受入人数	人					人					人					人									
9月	週コード	23					24					25					26									
	受入期間	3月	4火	5水	6木	7金	10月	11火	12水	13木	14金	17月	18火	19水	20木	21金	24月	25火	26水	27木	28金					
	受入人数	人					人					人					人									
10月	週コード	27					28					29					30					31				
	受入期間	1月	2火	3水	4木	5金	8月	9火	10水	11木	12金	15月	16火	17水	18木	19金	22月	23火	24水	25木	26金	29月	30火	31水	1木	2金
	受入人数	人					人					人					人					人				
11月	週コード	32					33					34					35									
	受入期間	5月	6火	7水	8木	9金	11月	12火	13水	14木	15金	19月	20火	21水	22木	23金	26月	27火	28水	29木	30金					
	受入人数	人					人					人					人									
12月	週コード	36					37					38					39					40				
	受入期間	3月	4火	5水	6木	7金	10月	11火	12水	13木	14金	17月	18火	19水	20木	21金	24月	25火	26水	27木	28金	31月	1火	2水	3木	4金
	受入人数	人					人					人					人					人				
1月	週コード	41					42					43					44									
	受入期間	7月	8火	9水	10木	11金	14月	15火	16水	17木	18金	21月	22火	23水	24木	25金	28月	29火	30水	31木	1金					
	受入人数	人					人					人					人									
2月	週コード	45					46					47					48									
	受入期間	4月	5火	6水	7木	8金	11月	12火	13水	14木	15金	18月	19火	20水	21木	22金	25月	26火	27水	28木	1金					
	受入人数	人					人					人					人									

請 求 書

平成 年 月 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会事務局長 様

施設種別
施設名
施設長名

印

金 円也

但し、介護等体験に要する経費として

内訳 人×5,000円（1日1,000円の5日分）

上記のとおり請求いたします。

振込先

銀行 支店

種 類 普通 当座

口座番号

(フリガナ)

口座名義