

(様式第 c-6 号別紙 2) (H30.4 改正)

### 賃金制度の適用者名簿

(計 枚中 枚目)

( )	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤賃金制度の実施日	平成 年 月 日	⑥賃金制度の内容	
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦		
( )	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤賃金制度の実施日	平成 年 月 日	⑥賃金制度の内容	
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦		
( )	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤賃金制度の実施日	平成 年 月 日	⑥賃金制度の内容	
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦		
( )	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤賃金制度の実施日	平成 年 月 日	⑥賃金制度の内容	
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦		
( )	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤賃金制度の実施日	平成 年 月 日	⑥賃金制度の内容	
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦		

## 様式第 c-6 号別紙 2 (注意書き)

- 1 賃金制度を適用した介護・保育労働者について、左欄に通し番号を記載し、①から⑦までを記載してください。

なお、介護労働者とは、専ら介護関係業務に従事する労働者をいいます。介護関係業務とは、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある方に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、看護、療養上の管理、移動の介護、衣服の着脱介護、体位交換、清拭等を行うものです。

また、保育労働者とは、専ら保育関係業務に従事する労働者をいいます。
- 2 「③職種」欄には、対象労働者ごとの職種（介護労働者にあつては、訪問介護員、介護職員等。保育労働者にあつては訪問保育員、施設保育職員等。）を記載してください。
- 3 「④勤務事業所」欄には、対象労働者の勤務先の事業所名を記載してください。同時に提出することとなる「事業所確認票（様式第 c-2 号）」に記載した事業所の該当番号を記載しても差し支えありません。
- 4 「⑤賃金制度の実施日」欄には、賃金制度の整備を経て、新しい制度に基づく賃金を支払った日を記載してください。なお、賃金制度の実施が複数回にわたる場合は、最初に実施した日を記載してください。
- 5 「⑥賃金制度の内容」欄には、整備した賃金制度の名称、概略等について記載してください。
- 6 「⑦本人確認」欄は、必ず対象労働者本人が署名・押印してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名・押印できない場合に限り、事業主がその理由を別添（任意様式）に記載し、署名・押印してください。