（様式第c-6号別紙）

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（注意書き）

１　賃金制度を適用した介護労働者について、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。

２　「③職種」欄には、対象労働者ごとの職種（訪問介護員、施設介護職員等）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。