

(様式第 d-6 号別紙 2) (H28.10 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 d-6 号別紙 2 (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 d-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。