『介護事業所助成金診断』

現在の状況あるいは今後の予定について、以下のアンケートにお答えいただき、
お客様情報をご記入の上、このままFAXをお送りください。
受給可能性のある助成金を診断いたします。

1.	サービスの種類はなんですか	☐ デイサービス ☐ 訪問介護 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 居宅介護支援 ☐ 小規模多機能型 ☐ その他（ ）			
2.	社会保険の加入状況はいかがですか	☐ 雇用保険 ☐ 労災保険 ☐ 厚生年金保険 ☐ 健康保険			
3.	従業員（雇用保険被保険者）は何人ですか	☐ 0人 ☐ 1～9人 ☐ 10～50人 ☐ 51～100人 ☐ 101人以上			
4.	うち、パート・アルバイト・契約社員等は何人ですか	☐ 0人 ☐ 1～9人 ☐ 10～50人 ☐ 51～100人 ☐ 101人以上			
5.	うち、60歳以上の従業員は何人ですか	☐ 0人 ☐ 1～9人 ☐ 10～50人 ☐ 51～100人 ☐ 101人以上			
6.	就業規則を労働基準監督署に届け出ていますか		YES	NO	
7.	65歳以上の定年か継続雇用制度を定めていますか		YES	NO	
8.	パート・アルバイト・契約社員等の待遇を改善する予定はありますか		YES	NO	
9.	中高年齢者を従業員として雇い入れる予定がありますか		YES	NO	
10.	新たな従業員の雇い入れ、または出向者の受入れの予定がありますか		YES	NO	
11.	障害者を雇い入れる予定がありますか		YES	NO	
12.	女性従業員の管理職登用や育成の予定がありますか		YES	NO	
13.	従業員の能力開発のために、教育訓練の実施あるいは支援をする予定がありますか		YES	NO	
14.	従業員の育児・介護のための支援をする予定がありますか		YES	NO	
15.	従業員のために雇用管理を充実させる予定がありますか		YES	NO	
16.	障害者のために職場環境を充実する予定がありますか		YES	NO	
17.	事業の縮小または従業員のリストラ、休業、出向、配置転換の予定がありますか		YES	NO	
18.	再就職のための支援の予定がありますか		YES	NO	
19.	顧問契約をしている社会保険労務士がいますか		YES	NO	

お客様情報	貴　社　名　：	
	所　在　地　：　〒	
	ご担当者名：	ご　所　属　：
	T　E　L　：	F　A　X　：
	E－mail：	

FAX送信先 ▶ 022-266-8089

当社労士事務所は、本アンケート用紙に記載の個人情報を、介護事業所助成金診断サービスのご提供を行うために取得・利用いたします。

仙台中央社会保険労務士事務所
仙台市青葉区本町2丁目10番33号 第2日本オフィスビル4階
TEL：022－266－8088　http://sendai-kaigo-syaroushi.com/
お問合せ窓口：（星）