

作成日を記入
ください。

2000年〇月〇日

標準報酬基礎届

様式3

一般社団法人 埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

施設団体番号 施設団体名

埼玉園

0 9 5 0

所属長名

電話番号

048-831-7547



施設代表者印
を押印くださ
い。

2000年 10月 1日

会員番号	フリガナ 氏 名	標準報酬 (現在) 変更後	変更なしの場合、 ✓印を記入(※)	備 考
0003	トノ マサコ 戸田 正子	(300,000) 000000	<input checked="" type="checkbox"/>	
0006	カハ トモコ 深谷 友子	(200,000) 220000	<input type="checkbox"/>	
0009	フエガ マサコ 吹上 真紗子	(200,000) 000000	<input type="checkbox"/>	8/31退職
0010	ハタノ タロウ 蓮田 太郎	000000	<input type="checkbox"/>	9/30異動
0008	桶川 法子	200000	<input type="checkbox"/>	9月再開
0011	上尾 次郎	190000	<input type="checkbox"/>	9月加入
		0000	<input type="checkbox"/>	
		0000	<input type="checkbox"/>	
		0000	<input type="checkbox"/>	
		0000	<input type="checkbox"/>	

標準報酬に変更がない場合

標準報酬に変更がある場合

10/1付で在籍
しない場合

9月に再開・加入のため、氏
名が印字されていない場合

※変更なしの場合は、必ず□に✓印を記入してください。