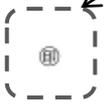


【記入例】

作成日を記入
ください。

20〇〇年〇月〇日

施設代表者印を
押印ください。



様式3 **標準報酬基礎届**

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 **0950** 施設団体名 **埼玉園**

所属長名

電話番号 **048-831-7547**

20〇〇年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	戸田 正子	300,000	<input checked="" type="checkbox"/>	
0006	深谷 友子	220,000	<input type="checkbox"/>	
0007	吹上 真紗子	200,000	<input type="checkbox"/>	8/31退職
0009	蓮田 太郎	000,000	<input type="checkbox"/>	9/30異動
0010	越谷 花子	190,000	<input type="checkbox"/>	10/1中断
0008	桶川 法子	200,000	<input type="checkbox"/>	9月再開
0011	上尾 次郎	190,000	<input type="checkbox"/>	9月加入
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

① 標準報酬に変更がない場合

② 標準報酬に変更がある場合

③ 10/1付で在職
しない場合

④ 10/1付で
中断中の場合

⑤ 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、必ず口に✓印を記入してください。