

様式第十八号を次のように改める。

健康保険印紙受払等報告書（介護保険第2号被保険者非該当者用）

印紙購入 通帳番号		健康保険被保険者証の記号		（平成 年 月分）		健康保険組合等		健康保険組合等		健康保険組合等		健康保険組合等		健康保険組合等		健康保険組合等			
健康保険被保険者証の記号		事業の種類		前月の健康保険印紙枚数		本月に購入した健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数			
健康保険被保険者証の記号		事業の種類		前月の健康保険印紙枚数		本月に購入した健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数		本月中に付けた健康保険印紙の枚数			
労働者 被保険者	適 用 除 外	本日中の雇人員	4月から前月までの雇人員	（第1種）	1,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日		
				（第2種）	1,500円以上 2,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第3種）	2,500円以上 3,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第4種）	3,500円以上 5,000円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第5種）	5,000円以上 6,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第6種）	6,500円以上 8,000円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第7種）	8,000円以上 9,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第8種）	9,500円以上 12,000円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第9種）	12,000円以上 14,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第10種）	14,500円以上 17,000円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第11種）	17,000円以上 19,500円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				（第12種）	19,500円以上 23,000円未満	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日
				計	23,000円以上（第13種）	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚
計				人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人日			
本月中に日雇特別被保険者に支払った賃金総額				円															

この報告は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日
都道府県知事殿

事業所 名称
所在地
事業主の氏名
電話番号

（注）健康保険組合等の名称・保険者番号は、加入している健康保険組合等の本部の名称・保険者番号を記入すること。

備考 この用紙の大きさは、A列4番とする。



様式第十八号の次に次の様式を加える。

健康保険印紙受払等報告書(介護保険第2号被保険者該当者用)

印紙購入 通帳番号		(平成 年 月 分)		健康保険被保険者証の記号		事業の種類		健康保険組合等		名 称		現金精算保険料内訳 (特別保険料を除く)	
健康保険被保険者証の記号		事業の種類		前月未納の健康保険印紙の数		本月に購入した健康保険印紙の数		本月中に付けた健康保険印紙の数		本健康保険印紙の数		4月から本月までの印紙はり付け枚数の累計 (4月から翌年3月まで)	
適 用 除 外		本月中の延べ人員		4月から本月までの延べ人員		級 別		健康保険組合等		健康保険組合等		現金精算保険料内訳 (特別保険料を除く)	
1,500円未満 (第1級)		人		人		(第1級)		健康保険組合等		健康保険組合等		現金精算保険料内訳 (特別保険料を除く)	
1,500円以上 2,500円未満 (第2級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
2,500円以上 3,500円未満 (第3級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
3,500円以上 5,000円未満 (第4級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
5,000円以上 6,500円未満 (第5級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
6,500円以上 8,000円未満 (第6級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
8,000円以上 9,500円未満 (第7級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
9,500円以上 12,000円未満 (第8級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
12,000円以上 14,500円未満 (第9級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
14,500円以上 17,000円未満 (第10級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
17,000円以上 19,500円未満 (第11級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
19,500円以上 23,000円未満 (第12級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
23,000円以上 (第13級)	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
計	人	人	人	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚	人
本月中に日雇特別被保険者に支払った賃金総額				現金精算保険料		本月中の現金精算保険料延滞日数		人日		左欄の4月から本月までの累計 (4月から翌年3月まで)		人日	

備考 この報告は、事実と相違ありません。

平成 年 月 日
都道府県知事殿

事業所 名 称
所在地
事業主の氏 名
電話番号

(注) 健康保険組合等の名称・保険者番号は、加入している健康保険組合等の本部の名称・保険者番号を記入すること。

備考 この用紙の大きさは、A列4番とする。



附 則

(施行期日)

1 この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際現に交付されている日雇特別被保険者手帳は、この省令の施行の日において、介護保険第二号被保険者である日雇特別被保険者以外の日雇特別被保険者に係るものにあつては、この省令による改正後の健康保険法施行規則の様式第十三号によるものと、介護保険第二号被保険者である日雇特別被保険者に係るものにあつてはこの省令による改正後の健康保険法施行規則の様式第十三号の二によるものとみなす。

3 この省令の施行の日の属する月の末日までに提出すべき健康保険印紙受払等報告書の様式は、改正前の健康保険法施行規則様式第十八条による。

○厚生省令第四十八号

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）第三十八条、第四十四条及び第四十九条の規定に基づき、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

平成十二年三月二十八日

厚生大臣 丹羽 雄哉

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和六十二年厚生省令第四十九号）の一部を次のように改正する。

第十条中「に法第三条第一号に掲げる者に該当しないことを証する書面を添付し、これ」を削る。

第二十六条中「申請書に」とあるのは「申請書に法第三十九条各号のいずれかに該当することを証する書面及び」を、「を厚生大臣」とあるのは「に法第三十九条各号のいずれかに該当することを証する書面を添付し、これを厚生大臣」と、「ならない」とあるのは「ならない。ただし、同条第四号に該当する者にあつては、同号に該当することを証する書面の添付を要しない」に改める。

様式第一及び様式第二を次のように改める。

様式第一（第6条関係）（表面）

収入印紙
(捺印しないこと)

社会福祉士試験受験申込書

フリガナ		氏名 (姓)		(名)		※整理番号		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
郵便番号		〒			都 道 府 県	本籍地コード		
フリガナ	都 道 府 県							
現住所	都 道 府 県							
電話番号								
受験地	都 道 府 県							
学 歴	<input type="checkbox"/> 大 学 名	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月	
		卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月	
		卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月	
受 験 資 格	<input type="checkbox"/> 短 大 (3年制) + <input type="checkbox"/> 短 大 (2年制) (実務経験) (1年以上)	職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
受 験 資 格	<input type="checkbox"/> 短 大 (2年制) (実務経験) (2年以上)	職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
受 験 資 格	<input type="checkbox"/> 養成施設 (実務経験) (5年以上)	職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
		職 種	卒業年月(見込み)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	年	月
受検資格に係る証明書 □に代わる受験票の提出		提出する受験票の 試験科目	第	回	提出する受験 票の受験番号	□有 □無		
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望								

上記により、社会福祉士試験を受験したいので申し込めます。

平成 年 月 日
厚生大臣 殿
指定試験機関代表者

氏名