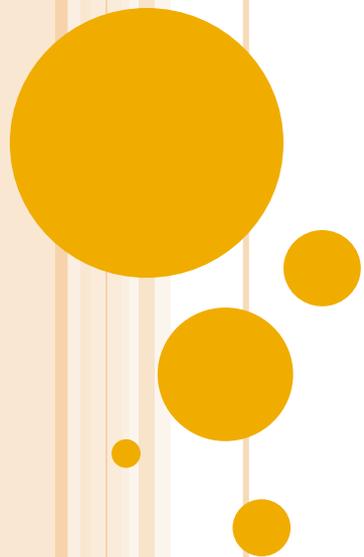


岡山県民間社会福祉従事者共済制度・育成制度

事務手続きについて

令和 7年 4月15日(火)

共通事務



事務処理の流れ



各種届出書の提出締切

- ・職員加入届(様式第2号)
- ・加入者異動届(様式第7号)
- ・退会届兼退職(遺族)給付金請求書(様式第11号)



掛金請求書の 発送



掛金納付

共済: 月末まで
育成: 翌月5日まで



4月分の掛金納入については、毎年、本俸月額の変更の時期と重なるため、5月分の請求と同時期に請求(毎年5月20日頃)となります。
(4・5月分の請求書をまとめて5月に送付)



掛金【月額】について

①共済第1給付金

契約者 本俸月額 × 27 / 1,000

加入者 本俸月額 × 27 / 1,000

②共済第2給付金 ※加入者の負担なし

契約者のみ 本俸月額 × 18 / 1000

③育成制度

契約者 本俸月額 × 2 / 1000

加入者 本俸月額 × 2 / 1000

※小数点以下は切り捨て

※本俸月額の上限金額:55万円



職員加入届

(様式第2号)

職員加入届

次の職員が加入したいので、ご承認願いたく申込みます。

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 殿

法人・団体番号
法人・団体名
代表者名

印

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職種 コード	
氏名					
生年月日 (西 暦)	年 月 日	本俸月額			円
加入年月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 第2給付金	年 月 年 月	【育成】		年 月

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職種 コード	
氏名					
生年月日 (西 暦)	年 月 日	本俸月額			円
加入年月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 第2給付金	年 月 年 月	【育成】		年 月

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職種 コード	
氏名					
生年月日 (西 暦)	年 月 日	本俸月額			円
加入年月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 第2給付金	年 月 年 月	【育成】		年 月

(個人情報の取扱いに関する注意事項)

加入者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに掛金請求・入金関連業務のみの範囲内で利用されます。

【職種コード】

1 施設長	5 医師	9 調理師	13 施設職員でその他の職種
2 指導員	6 看護師	10 事務員	14 社会福祉協議会職員
3 保育士	7 訓練指導員	11 介助員	15 福祉団体職員
4 介護職員	8 栄養士	12 ホームヘルパー	16 法外施設職員



【共済第1給付金・育成に加入】

(フリガナ)	ニイミ ハナコ	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	職 種 コード	04
氏 名	新 見 花 子				
生年月日 (西 暦)	2000 年 3 月 20 日	本俸月額	190,000 円		
加入年月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 2025 年 4 月 第2給付金 年 月	【育 成】 2025 年 4 月			

【共済第2給付金に追加加入】 (第1給付金既加入者)

(フリガナ)	ニイミ ハナコ	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	職 種 コード	04
氏 名	新 見 花 子				
生年月日 (西 暦)	2000 年 3 月 20 日	本俸月額	(記入不要) 円		
加入年月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 年 月 第2給付金 2025 年 7 月	【育 成】 年 月			



【育成のみに加入】

(フリガナ)	タケベ イチロウ	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職 種 コード	03
氏 名	建 部 一 郎				
生年月日 (西 暦)	1999 年 5 月 5 日	本 俸 月 額	170,000 円		
加 入 年 月 (西 暦)	【県共済】 第1給付金 第2給付金	年 月 年 月	【育 成】	2025 年	4 月

届はすべて西暦で記入してください！！



加入者異動届 (継続異動・氏名変更・中断・復活)

(様式第7号)

加 入 者 異 動 届

次のとおり、加入者に異動があったので、お届けします。

年 月 日
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 殿

法人・団体番号
法人・団体名
代 表 者 名 印

加入者番号		加入者名	
異動の種類	<input type="checkbox"/> 継続異動 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 掛金中断 <input type="checkbox"/> 掛金復活		

◆ 継続異動

異動先 法人・団体名	
異動年月日 (西暦)	年 月 末日
異動の事由	

◆ 氏名変更

(フリガナ) 改姓後の氏名	
変更年月日 (西暦)	年 月 日

◆ 掛金中断・復活

本借月額 (返済年度4月1日現在)	円		
開始年月日 (西暦)	【県共済】	第1借付金 第2借付金	年 月 年 月
異動の事由			

(個人情報取扱いに関する注意事項)
加入者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに掛金請求・入金関連業務のみの範囲内で利用されます。



【継続異動】 ※異動前の法人・団体が手続きを行ってください

法人・団体番号	5100	法人・団体名	社会福祉法人 岡山会	代表者名	理事長 岡山 二郎	之理岡 印事山 長会
加入者番号	5100004	加入者名	田中 武			
異動の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 継続異動 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 掛金中断 <input type="checkbox"/> 掛金復活					
◆ 継続異動						
異動先 法人・団体名	(福) 倉敷会					
異動年月日	(西暦) 2025 年 3 月 末日			※異動前の法人・団体が掛金を納付した最終月		
異動の事由	転職のため					

異動後の法人・団体名を記入



【掛金中断】

◆ 掛金中断・復活

本俸月額 (復活年度4月1日現在)	円		
開始年月日 (西暦)	【県共済】 第1給付金 2025 年 7 月 第2給付金 年 月	【育成】 2025 年 7 月	
異動の事由	育児休業のため		

中断：①育児休業 ②介護休業
③その他特別な事由があると認められる場合
【例：病休(無給)のため】
※いずれかにより退職する場合に中断できる

【掛金復活】

◆ 掛金中断・復活

本俸月額 (復活年度4月1日現在)	180,000 円 ※必ず記入してください。(55万円を超える場合は、上限額55万円を記入)		
開始年月日 (西暦)	【県共済】 第1給付金 2025 年 4 月 第2給付金 年 月	【育成】 2025 年 4 月	
異動の事由	育児休業終了のため		



【氏名変更】

◆ 氏名変更

(フリガナ)	イシイ カズコ
改姓後の氏名	石井 和子
変更年月日	(西暦) 2025 年 7 月 7 日

変更後の氏名を記入



その年度の4月1日の
本俸月額(基本給)
を記入

職種を訂正する場合
正しい職種名、
職種コードを記入

●3月末で退会の場合
対象外コード:1
退会届(及び添付書類)
提出

加入者番号	加入者氏名	本俸月額(円)	職種名	職種コード	対象外コード
5 1 0 0 0 0 0 0 1	小林 修 コノヤシオキム	1 8 0 0 0 0 0	01 介護職員 指導員	0 2	
5 1 0 0 0 0 0 0 2	井上 太郎 イノエタロウ		01 施設長		1
5 1 0 0 0 0 0 0 3	井上 一郎 イノエイチロウ	2 5 0 0 0 0 0	02 指導員		
5 1 0 0 0 0 0 0 4	田中 武 タナカタケ	2 0 0 0 0 0 0	02 指導員 介護職員	0 4	
5 1 0 0 0 0 0 0 6	石井 和子 イシイワカコ		05 看護士		2
5 1 0 0 0 0 0 0 8	山田 美咲 ヤマダミサキ	1 6 0 0 0 0 0	04 介護職員		
5 1 0 0 0 0 0 0 9	新見 花子 ニイミハナコ	1 9 5 0 0 0 0	02 指導員 その他	1 3	
5 1 0 0 0 0 0 1 0	建部 一郎 タケベイチロウ		10 事務員		3
※※※※※※※※	※※※※※	※※※※※※※※	※※	※※	※
※※※※※※※※	※※※※※	※※※※※※※※	※※	※※	※
※※※※※※※※	※※※※※	※※※※※※※※	※※	※※	※
※※※※※※※※	※※※※※	※※※※※※※※	※※	※※	※

前年度と
同じ金額
の場合も
記入して
ください。
異なる場
合は、上限
額 55 万円
を記入)

●4月から中断の場合
対象外コード:2
加入者異動届(中断)
提出

●4月から継続異動の場合
対象外コード:3
加入者異動届(継続異動)
提出

本俸月額合計 9 8 5 0 0 0 0 円 ← この用紙の合計(小計)
を記入してください。

【本俸月額報告書：金額の訂正】

5 1 0 0 0 0 0 8	山田 美咲 ヤマダ ミサキ	1 6 0 0 0 0	04 介護職員		
5 1 0 0 0 0 0 9	新見 花子 ニミハナコ	1 9 5 0 0 0	02 指導員	1 3	
5 1 0 0 0 0 1 0	建部 一郎 タケベ イチロウ		その他		3
※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	※ ※ ※ ※ ※	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	10 事務員		
本俸月額合計		9 8 5 0 0 0	円		

正しい金額は、必ず枠外に記入してください。

【注意事項】

- には黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
- 「職種コード」欄は、前年度（職種欄を参照）の職種から変更が生じた場合のみ、「職種コード」から番号を選択し記入してください。
- 「対象外コード」欄は、該当があれば番号を選択し記入してください。
- 枠外の本俸月額合計には、この用紙に記入した加入者の変更後の本俸月額合計額を記入してください。
- 氏名変更等は、本用紙で変更の記入はしないでください。
- 加入者に係る個人情報、会員加入状況並びに掛金請求・入金関連業務のみの範囲内で利用されます。

【職種コード】

01 施設長	07 訓練指導員	13 施設職員でその他の職種
02 指導員	08 栄養士	14 社会福祉協議会職員
03 保育士	09 調理師	15 福祉団体職員
04 介護職員	10 事務員	16 法外施設職員
05 医師	11 介助員	
06 看護師	12 ホームヘルパー	

【対象外コード】

1 退職	2 中断中	3 異動
------	-------	------

5100008 正) 165,000
誤) 160,000

之理岡
印事山
長会

訂正の記入・訂正印は欄に！

【本俸月額報告書：4月～継続異動者】

●異動後法人
(受入側)が
4月の本俸月額を報告

異動前法人・団体名を
記入

折曲厳禁

(様式第9号)

異動者用

本俸月額報告書

2020年 4月 1日現在の本俸月額(掛金算定基準)を報告します。

2025年 4月 1日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

加入法人・団体番号

5 1 0 0

法人・団体名 (福)岡山荘

代表者名 岡山 一郎

之理岡
印事山
長会

異動前 法人・団体名	加入者氏名	変更後本俸月額(円)	職種名	職種コード*	対象外コード*
福)赤磐会	藤井 大介 フジイダイスケ	1 5 5 0 0 0	指導員	0 2	3
(福)真庭	山口 良子 ヤマギリョウコ	1 4 7 0 0 0	介護職員	0 4	3

法人・団体変更届

(様式第5号)

法人・団体変更届

次のとおり、契約者の届出事項に変更があったので、お届けします。

2020年6月1日
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

法人・団体番号 5100
法人・団体名 社会福祉法人 岡山会
代表者名 理事長 岡山 一郎

変更事項	変更前	変更後
(フリガナ) 法人・団体名		
(フリガナ) 代表者名	岡山 二郎	岡山 一郎
(フリガナ) 所在地		
電話・FAX番号		
給付金並びに助成金 送金口座		
その他 (書類送付先等)		

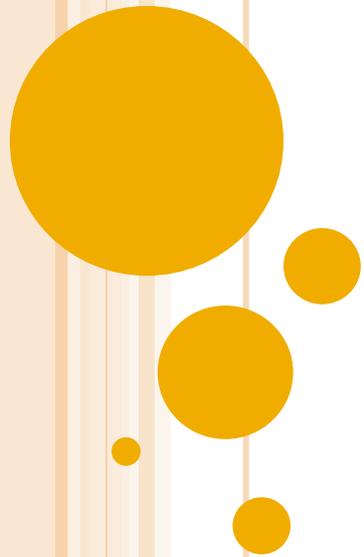
之理岡
印華山
親会

変更箇所のみ記入

※変更が発生したら随時提出してください！



退会届について



退会届兼退職(遺族)給付金請求書

(様式第11号)

退会届兼退職(遺族)給付金請求書

次のとおり、加入者が貴福利厚生制度を退会したので届け出ます。

年 月 日
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 会長 殿

法人・団体番号
法人・団体名
代表者名 印

次のとおり加入職員が退会したので、届け出ます。

加入者番号	加入者氏名
退会(死亡)年月日 (退会年月)	県共済制度 (西暦) 年 月 日 (年 月) 育成制度 (西暦) 年 月 日 (年 月)
退会事由	<input type="checkbox"/> 定年による退職 <input type="checkbox"/> 自己都合による退職 <input type="checkbox"/> 会社都合による退職 <input type="checkbox"/> その他 ()

次のとおり退職者(死亡の場合はその遺族)から請求がありましたので、退職(遺族)給付金相当額の返還を請求します。

請求者氏名	印	請求者区分 (遺族)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族 ()
フリガナ	(千 -)		
請求者住所	(千 -)		
給付区分	<input type="checkbox"/> 退職一時金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金		

*加入者本人による請求の場合

退職所得申告書	退職の区分	生活扶助	その年1月1日の住所	住所(復住所と異なる場合)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	

(個人情報の取扱いに関する注意事項)

請求者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに給付金の支給関連業務のみの範囲内で利用されます。



【育成制度のみ退会】

育成制度欄のみ記入

記入不要

●添付書類不要

【育成制度のみ】
(様式第11号)

退会届兼退職（遺族）給付金請求書

次のとおり、加入者が養福厚生制度を退会したので届け出ます。

2025年4月1日
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 殿

法人・団体番号 5100
法人・団体名 社会福祉法人 岡山会
代表者名 理事長 岡山 一郎

之理岡
印事山
願会

次のとおり加入職員が退会したので、届け出ます。

加入者番号	51000009	加入者氏名	田中 二郎
退職（死亡）年月日	県共済制度（西暦） 年 月 日（ 年 月）		
	育成制度（西暦） 2025年 3月 31日（2025年 3月）		
退会事由	<input type="checkbox"/> 定年による退職 <input checked="" type="checkbox"/> 自己都合による退職 <input type="checkbox"/> 会社都合による退職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

次のとおり退職者（死亡の場合はその遺族）から請求がありましたので、退職（遺族）給付金相当額の返還を請求します。

フリガナ	請求者区分	<input type="checkbox"/> 本人
請求者氏名	（就前）	<input type="checkbox"/> 遺族（ ）
フリガナ		
請求者住所	（〒 - ）	
給付区分	<input type="checkbox"/> 退職一時金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金	

*加入者本人による請求の場合

退職所得申告書	退職の区分	生活扶助	その年1月1日の住所	住所（現住所と異なる場合）
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	

（個人情報の取扱いに関する注意事項）
請求者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに給付金の支給関連業務のみの範囲内で利用されます。

掛金支払い最終月
添付：不要



【共済制度退会】

県共済制度

育成制度

共済制度退職者は
必ず記入！
※要押印

【退職一時金】
(様式第11号)

退会届兼退職（遺族）給付金請求書

次のとおり、加入者が責福利厚生制度を退会したので届け出ます。

2025年4月1日
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会長 殿

法人・団体番号 5100
法人・団体名 社会福祉法人 岡山会
代表者名 理事長 岡山 一郎

之福阿
印事山
協会

次のとおり加入職員が退会したので、届け出ます。

加入者番号	51000003	加入者氏名	井上 一郎
退会（死亡）年月日 (退会年月)	県共済制度 (西暦) 2025年 3月 31日 (2025年 3月)		
	育成制度 (西暦) 2025年 3月 31日 (2025年 3月)		
退会事由	<input type="checkbox"/> 定年による退職 <input checked="" type="checkbox"/> 自己都合による退職 <input type="checkbox"/> 会社都合による退職 <input type="checkbox"/> その他 ()		

次のとおり退職者（死亡の場合はその遺族）から請求がありましたので、退職（遺族）給付金相当額の返還を請求します。

フリガナ	イノウエ イチロウ	請求者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
請求者氏名	井上 一郎 (印)	(遺族)	<input type="checkbox"/> 遺族 ()
フリガナ	ヤマケン オカヤマシ キタクイシゼキチョウ 1バン1ゴウ		
請求者住所	(〒700-0813) 岡山県岡山市北区石関町1番1号		
給付区分	<input checked="" type="checkbox"/> 退職一時金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金		

*加入者本人による請求の場合

退職の区分	生活扶助	その年1月1日の住所	住所（現住所と異なる場合）
<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 一般	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	※異なる場合は記入してください。
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる	

（個人情報取扱いに関する注意事項）
請求者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに給付金の支給関連業務のみの範囲内で利用されます。
添付：①退職所得の受給に関する申告書
②退職を証明する書類

掛金支払い最終月

退会年月



給付種類	支給要件	提出書類
退職一時金	加入者が退職した場合 (加入期間:1ヶ月以上)	様式第11号 退職を証明する書類
遺族一時金	加入者の死亡した場合 (加入期間:1ヶ月以上)	様式第11号 死亡を証明する書類

【注意事項】

- 退職所得の受給に関する申告書は、県社協への提出は不要です。
ただし、退職者からは必ず提出してもらってください。
- 様式第11号の退会年月は、掛金納付の最終年月を記入してください。
(中断中にそのまま退会した場合は、退職日の年月を記入してください。)
- 第1給付金と第2給付金を利用していた場合は、合算した額を退職(遺族)給付金として支給します。
- 遺族一時金は退職所得とならないため、「退職所得申告書」の提出は必要ありません。

●退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

(様式第11号)
 退会届兼退職（遺族）給付金請求書

次のとおり、加入者が養福利厚生制度を退会したので届け出ます。

次のとおり加入職員が退会したので、届け出ます。

加入者番号		加入者氏名	
退会（死亡）年月日 （退会年月）	県共済制度（西暦） 年 月 日（年 月）	年 月 日（年 月）	
退会事由	<input type="checkbox"/> 定年による退職 <input type="checkbox"/> 自己都合による退職 <input type="checkbox"/> 会社都合による退職 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

次のとおり退職者（死亡の場合はその遺族）から請求がありましたので、退職（遺族）給付金相当額の返還を請求します。

請求者氏名	印	請求者区分 （遺族）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族（ ）
フリガナ			
請求者住所	〒 -		
給付区分	<input type="checkbox"/> 退職一時金 <input type="checkbox"/>		

*加入者本人による請求の場合

退職所得申告書	退職の日の
<input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 無	

（個人情報の取扱いに関する注意事項）
 請求者に係る個人情報は、会員加入状況管理並びに給付金の支給関連業務のみの範囲内で利用されます。

A欄へ“県共済”について記載する

退職所得申告書を本人から提出してもらい、
有にチェックをつける

年分 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

所在地（住所） 氏名 個人番号

退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

この申告書の提出先から受ける退職所得等についての退職所得等

区分	退職所得等	受給開始年月日	受給終了年月日	受給額
A 区分等 <一般・障害の区分> 一般・障害 [] <生活扶助の有無> 有・無	うち、特定役員等退職給付との重複退職給付			
	うち、一般勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間			
B 区分等 <生活扶助の有無> 有・無	うち、特定役員等退職給付			
	うち、一般勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間			
C 区分等 <生活扶助の有無> 有・無	うち、特定役員等退職給付			
	うち、一般勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間との重複退職給付			
	うち、短期勤続期間			

退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書

支払の区分

区分	支払額	支払日	支払の区分	支払の区分
一般			一般	
短期			短期	
その他			その他	

01 13 第11号 (様式第11号)

【県共済制度・福祉医療機構 両制度加入者】

県共済制度
の
退職所得の
源泉徴収票
をのり付

源泉徴収票はのりづけとし、ホッチキスでとめないでください

【記入番号の取得目的】 あなたの記入番号は税務手続等に利用されます。

このA欄には、死亡退職による遺族請求を除き、全ての人が、記載してください。
(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)

A	① 退職手当等の支払を受けたこと なった年月日	年	月	日	③ この申告書の提出先から 受ける退職手当等についての 勤続期間	自	年	月	日	年
	② 一般 退職の区分等	障害	生活 扶助	の	有・無	至	年	月	日	年

注意→あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。

B	④ 本年中に支払を受けた他の退職手 当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自	年	月	日	年
	至	年	月	日	至	年	月	日	年		

注意→あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、19年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。

C	⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出 年金法に基づく老齢給付金として支給さ れる一時金の支払を受ける場合には、19 年内)の退職手当等についての勤続期	自	年	月	日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、 ⑥の勤続期間と重複してい る期間	自	年	月	日	年
	至	年	月	日	至	年	月	日	年		

注意→A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。

D	⑧ Aの退職手当等についての勤続 期間(③)に通算された前の退職手 当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、 ⑧又は⑨の勤続期間だけ からなる部分の期間	自	年	月	日	年
	至	年	月	日	至	年	月	日	年		
D	⑨ Bの退職手当等についての勤続 期間(④)に通算された前の退職手 当等についての勤続期間	自	年	月	日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自	年	月	日	年
	至	年	月	日	至	年	月	日	年		

注意→B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。

E	区 分	退職手当等の支払を受 けることとなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額		支払いを受けた 年月日	退職の 区分	支払者の所在地 (住所)・名称(氏名)
					市町村民税(円)	道府県民税(円)			
	B	:	:				:	:	
	C	:	:				:	:	

注意 1 この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

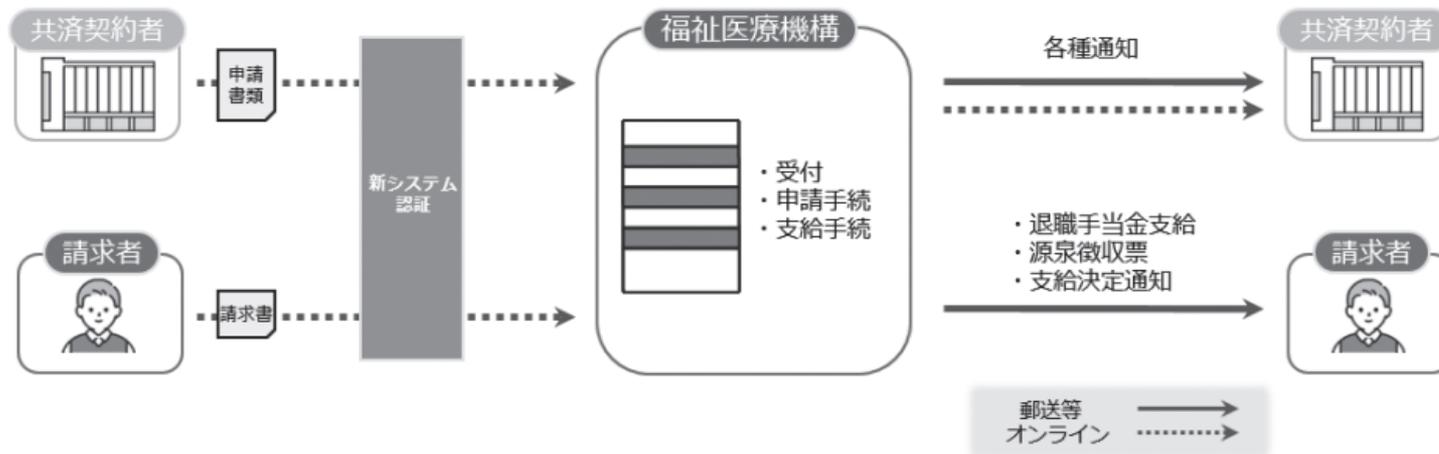
2 Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

※B～E欄へ県共済制度について記載する
(B欄と E(B) 欄は必ず記載)



医療機構マニュアル
参照...

●令和7年1月6日～（新システム利用開始）



退職所得の源泉徴収票の情報の転記について①

➤ 退職所得の源泉徴収票は次のように転記してください。

令和 年分 退職所得の源泉徴収票・特別徴収票						
個人番号						
住所又は居所						
支払を受ける年	令和 年 1月1日の住所					
氏名	(役職名)					
区分	支払金額	源泉徴収税額	特別徴収税額	道府県民税	市町村民税	都道府県民税
所得税法第201条第1項第1号並びに 地方税法第50条の6第1項第1号及び 第328条の6第1項第1号適用分						
所得税法第201条第1項第2号並びに 地方税法第50条の6第1項第2号及び 第328条の6第1項第2号適用分						
所得税法第201条第3項並びに地方 税法第50条の6第2項及び第328条 の6第2項適用分						
退職所得控除額	勤続年数	退職年月日	退職年月日			
(備考)						
個人番号又は法人番号						(右詰で記載してください)
住所(都府)又は所在地						(電話)
氏名又は名称						

区分【必須】	
支払金額【必須】	円
源泉徴収額【必須】	円
特別徴収税額：市町村民税【必須】	円
特別徴収税額：都道府県税【必須】	円

退職所得の源泉徴収票の情報の転記について②

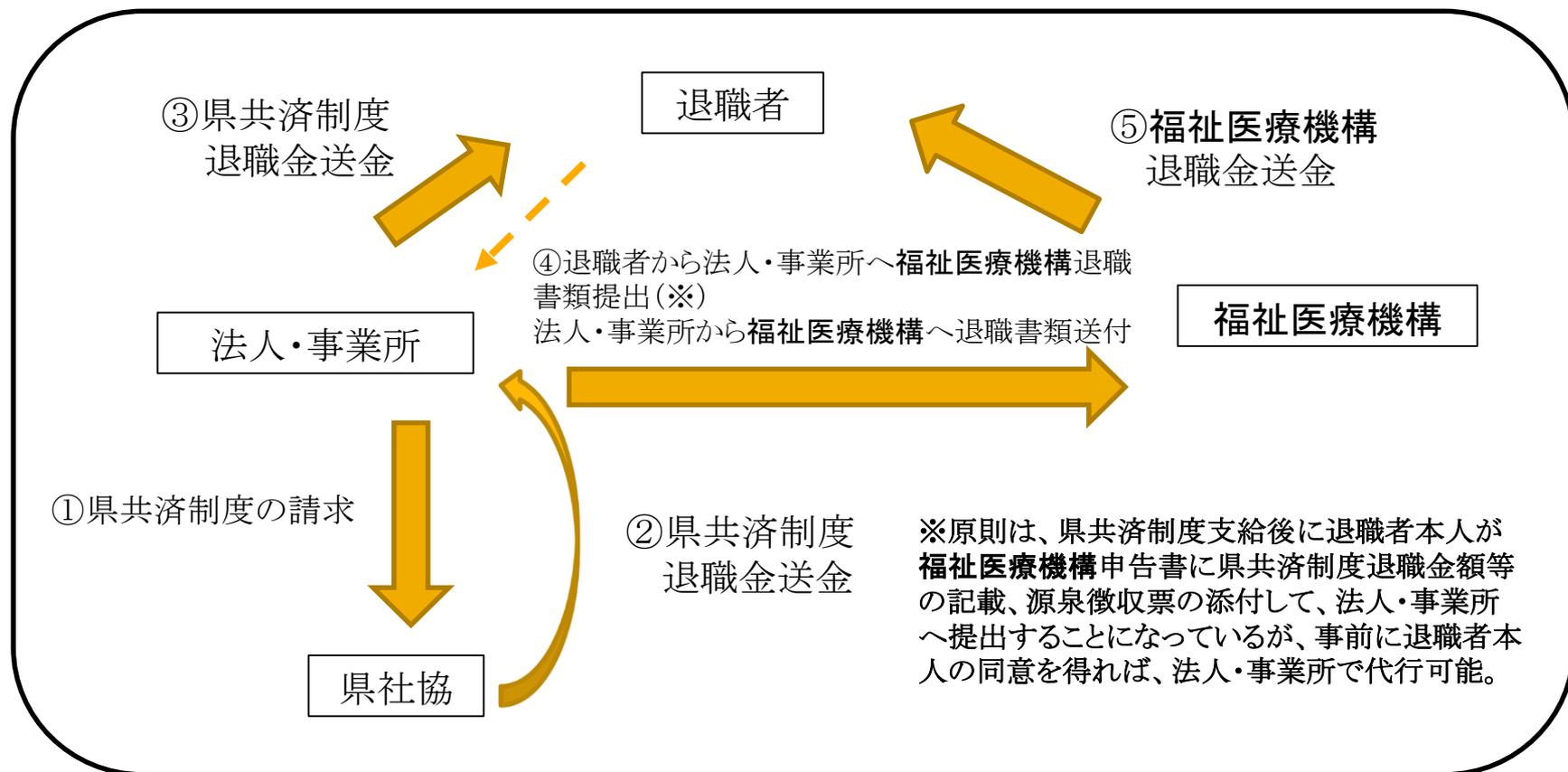
➤ 退職所得の源泉徴収票は次のように転記してください。

令和 年分 退職所得の源泉徴収票・特別徴収票						
個人番号						
住所又は居所						
支払を受ける年	令和 年 1月1日の住所					
氏名	(役職名)					
区分	支払金額	源泉徴収税額	特別徴収税額	道府県民税	市町村民税	都道府県民税
所得税法第201条第1項第1号並びに 地方税法第50条の6第1項第1号及び 第328条の6第1項第1号適用分						
所得税法第201条第1項第2号並びに 地方税法第50条の6第1項第2号及び 第328条の6第1項第2号適用分						
所得税法第201条第3項並びに地方 税法第50条の6第2項及び第328条 の6第2項適用分						
退職所得控除額	勤続年数	退職年月日	退職年月日			
(備考)						
個人番号又は法人番号						(右詰で記載してください)
住所(都府)又は所在地						(電話)
氏名又は名称						

就労年月日【必須】	YYYY / MM / DD
退職年月日【必須】	YYYY / MM / DD
勤続年数【必須】	年
退職所得の源泉徴収票【必須】	ファイルを選択してください。 ファイルを選択



【県共済・福祉医療機構 両制度加入者】



- ① (先に) 県共済制度退職給付金を請求(退会手続き)
- ② 医療機構書類を退職者から提出してもらい法人にて保管
- ③ 県共済から退職給付金送金関係書類が送られてきたら、源泉徴収票(受給者用)を書類へ貼付けて医療機構へ送付



掛金累計額台帳・要支給額一覧表
 <2023年4月施行新制度により計算した加入者>

法人・団体番号 :
 法人・団体名 :

No. ***

****年**月**日

会員番号	氏名 (※印は現在休職中)	性別	生年月日	加入年月日 (第1/第2)	期間 月	みなし給与に関する事項		本拠月額		掛金月額	掛金累計額 (みなし給与を含む) (第1/第2)	要支給額
						累計金額	起算年月日	適用年月 年 月	金額			

掛金累計額台帳・要支給額一覧表
 <2023年4月施行新制度により計算した加入者>

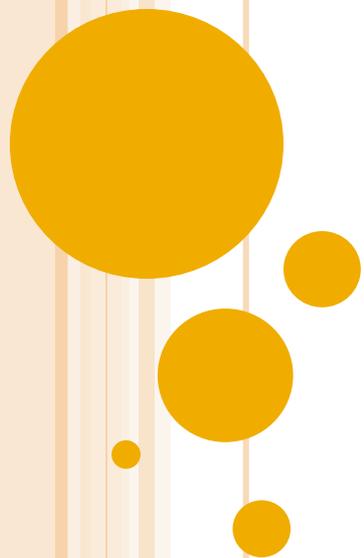
合計金額を記載

みなし給与累計額合計	111,111,111
掛金累計額合計 (第1)	222,222,222
掛金累計額合計 (第2)	333,333,333
要支給額合計	444,444,444

- 〔留意事項〕
1. 「氏名」欄の※印は、掛金中断中の会員を示しています。
 2. 「みなし給与に関する事項」の累計金額は、昭和63年3月31日までに岡山県社会福祉従事者共済会の会員掛金として納付された金額の累計額です。
 3. 「掛金累計額」欄には、「みなし給与に関する事項」の累計金額を含んでいます。

作成 : ****年**月**日
 発行 : 社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会

育成給付金



【給付金の種類】

給付名	給付要件(対象)	給付額	給付名	給付要件(対象)	給付額
結婚祝金	加入者	50,000円	出産祝金	加入者	50,000円
	加入者 子女	20,000円		配偶者	50,000円
入学祝金	加入者の子女 小中学校	25,000円	災害見舞金	家宅の全部	100,000円
傷病見舞金	加入者の30日以上入院	50,000円		家宅の1/2以上	70,000円
	加入者の20日以上、30日未満入院	30,000円		家財の全部	50,000円
	加入者の10日以上、20日未満入院	20,000円		家財の1/2以上	30,000円
	被扶養者の30日以上入院	30,000円	床上浸水	30,000円	
死亡弔慰金	加入者	100,000円	永年勤続祝金	加入後10年に達したとき	20,000円
	配偶者	70,000円		加入後15年に達したとき	30,000円
	実父母・実子	50,000円		加入後20年に達したとき	30,000円
	配偶者の実父母	50,000円		加入後25年に達したとき	30,000円
	その他被扶養者	50,000円		加入後30年に達したとき	30,000円
				加入後35年に達したとき	30,000円
				加入後40年に達したとき	30,000円
				加入後45年に達したとき	30,000円
				加入後50年に達したとき	30,000円



育成給付金請求書

(給付要領様式第1号)

育成給付金請求書

下記のとおり給付事項に該当があったため、給付金を請求します。

年 月 日
 社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 殿

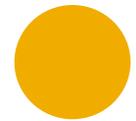
法人・団体番号
 法人・団体名
 代表者名 印

請求金額	円
------	---

加入者番号		請求者氏名	印
-------	--	-------	---

請求内容 <small>*該当する給付に○印を記入</small>	記入事項欄
結婚祝金	①請求区分： <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 子女(氏名) ②入籍年月日： (西暦) 年 月 日
出産祝金	①出生児氏名： ②出産年月日： (西暦) 年 月 日
入学祝金	①子女の氏名： ②入学区分： <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 ③入学年月日： (西暦) 年 月 日
傷病見舞金	①入院者氏名： (加入者との続柄) ②傷病名： ③入院期間： (西暦) 年 月 日～ 年 月 日 (日間)
死亡弔慰金	①死亡者氏名： (加入者との続柄) ②死亡年月日： (西暦) 年 月 日
災害見舞金	①り災区分： <input type="checkbox"/> 家宅の全部 <input type="checkbox"/> 家宅の1/2以上 <input type="checkbox"/> 家財の全部 <input type="checkbox"/> 家財の1/2以上 <input type="checkbox"/> 床上浸水 ②所有者氏名： (加入者との続柄) ③り災年月日： (西暦) 年 月 日
永年勤続祝金	①加入区分： <input type="checkbox"/> 満10年 <input type="checkbox"/> 満15年 <input type="checkbox"/> 満20年 <input type="checkbox"/> 満25年 <input type="checkbox"/> 満30年 <input type="checkbox"/> 満35年 <input type="checkbox"/> 満40年 <input type="checkbox"/> 満45年 <input type="checkbox"/> 満50年 ②加入年月日： (西暦) 年 月 1日

(個人情報取扱に関する注意事項)
 加入者に係る個人情報は、育成給付金支給関連業務のみの範囲内で利用されます。



育成給付金の添付書類について

- 結婚祝金
 - 入籍年月日の確認できる書類（婚姻受理証明書等）
※住民票不可
- 出産祝金
 - 出産年月日が確認できる書類（母子健康手帳・出産証明書等）
※住民票可（生年月日が記載されているため）
- 入学祝金
 - 添付書類不要



- 傷病見舞金
 - 傷病名・入院期間が確認できる書類（医師の証明書等）
 - ※診断書に傷病名のみ記載されている場合は、入院の領収書を添付
 - ※入院保険等に参加されていて診断書があり、傷病名・入院期間が記載されていれば、そのコピーも可

- 死亡弔慰金
 - 死亡年月日が確認できる書類（死亡診断書等）

- 災害見舞金
 - 官公庁発行の罹災証明書

- 永年勤続祝金
 - 添付書類不要



請求内容 *該当する給付に○印を記入		記入事項欄	
結婚祝金	①請求区分： <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 子女（氏名 ②入籍年月日：（西暦） 年 月 日	子女の名前を記入 《続柄を証明する書類の添付は不要》	
出産祝金	①出生児氏名： ②出産年月日：（西暦） 年 月 日		
入学祝金	①子女の氏名： ②入学区分： <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 ③入学年月日：（西暦） 年 月 日 入院者氏名：（加入者との続柄）		
		④死亡者氏名：（加入者との続柄） ⑤死亡年月日：（西暦） 年 月 日	実父・実母、 義父・義母、 配偶者父 配偶者母 など 関係性を明確に 《続柄を証明する書類の添付は不要》
死亡弔慰金			
災害見舞金	①り災区分： <input type="checkbox"/> 家宅の全部 <input type="checkbox"/> 家宅の1/2以上 <input type="checkbox"/> 家財の全部 <input type="checkbox"/> 家財の1/2以上 <input type="checkbox"/> 床上浸水 ②所有者氏名：（加入者との続柄） ③り災年月日：（西暦） 年 月 日		
永年勤続祝金	①加入区分： <input type="checkbox"/> 満10年 <input type="checkbox"/> 満15年 <input type="checkbox"/> 満20年 <input type="checkbox"/> 満25年 <input type="checkbox"/> 満30年 <input type="checkbox"/> 満35年 <input type="checkbox"/> 満40年 ②加入年月日：（西暦） 年 月 1日		

生年月日ではなく、入学年月日を記入



請求内容 *該当する給付に○印を記入	記入事項欄
結婚祝金	①請求区分： <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 子女（氏名） ②入籍年月日：（西暦） 年 月 日
出産祝金	①出生児氏名： ②出産年月日：（西暦） 年 月 日
入学祝金	①子女の氏名： ②入学区分： <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校
傷病見舞	③入籍年月日：（西暦） 年 月 日～ 年 月 日（日間）
死亡弔慰金	④死亡年月日：（西暦） 年 月 日 （加入者との続柄）
災害見舞金	①り災区分： <input type="checkbox"/> 家宅の全部 <input type="checkbox"/> 家宅の1/2以上 <input type="checkbox"/> 家財の全部 <input type="checkbox"/> 家財の1/2以上 <input type="checkbox"/> 床上浸水 ②所有者氏名：（加入者との続柄） ③り災年月日：（西暦） 年 月 日
永年勤続祝金	①加入区分： <input type="checkbox"/> 満10年 <input type="checkbox"/> 満15年 <input type="checkbox"/> 満20年 <input type="checkbox"/> 満25年 <input type="checkbox"/> 満30年 <input type="checkbox"/> 満35年 <input type="checkbox"/> 満40年 ②加入年月日：（西暦） 年 月 1日

加入者が現に居住する家宅が対象

中断期間の有無を確認してください。
※中断期間は除く（掛金を支払った期間）



●本人死亡による死亡弔慰金請求

請求金額	100,000 円		
加入者番号	50015678	請求者氏名	〇〇 □□ 印
請求内容 *該当する給付に○印を記入		記入事項欄	
<input type="checkbox"/>	結婚祝金	①請求区分： <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 子女（氏名） ②入籍年月日：（西暦） 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	出産祝金	①出生児氏名： ②出産年月日：（西暦） 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	入学祝金	①子女の氏名： ②入学区分： <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 ③入学年月日：（西暦） 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	傷病見舞金	①入院者氏名：（加入者との続柄） ②傷病名： ③入院期間：（西暦） 年 月 日～ 年 月 日（日間）	
<input checked="" type="checkbox"/>	死亡弔慰金	① 死亡者氏名： 〇〇 △△ （加入者との続柄 本人） ② 死亡年月日：（西暦） 20×× 年 ××月 ××日	

遺族の氏名

請求者(遺族)の印

加入者の氏名

“本人”と記入

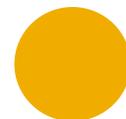
※添付書類

- ◆死亡年月日が確認できる書類
- ◆遺族の順位が確認できる書類
- ◆請求者の印鑑証明書
- ◆委任状(第1位の遺族が複数の場合)



傷病見舞金について

- ▶ 同一の傷病については、1人あたり年度中1回限りとなります。
- ▶ 同一の傷病での入院について、1年(4月1日から翌年3月31日)を期間とし入院期間を合算して申請ができます。ただし、1度申請を行った場合は、年度内であっても合算はできませんので、ご注意ください。



入学祝金について

- 一般的な小学校・中学校に入学する年に支給

死亡弔慰金(配偶者実父母が死亡したとき)

- 再婚等により、配偶者の実父母の死亡が新たに生じた場合でも、すでに1回支給済であれば2回目の支給はできない。
- 配偶者実父の死亡弔慰金1回、
配偶者実母の死亡弔慰金1回の各1回限り

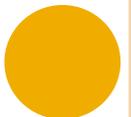


被扶養者とは？（傷病見舞金・死亡弔慰金）

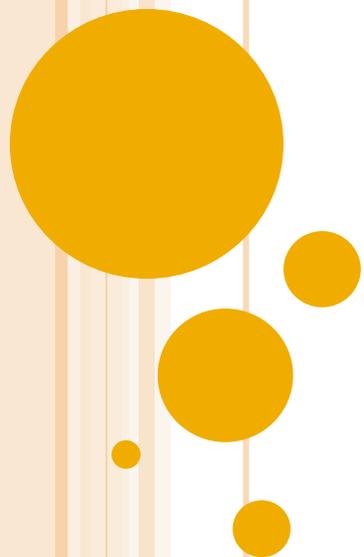
- 《健康保険法第3条第7項》に該当する人

給付金に関する注意事項

- 書類は毎月10日締受付 ➡ 25日頃給付
- 請求期間は給付事由発生日から2年間
 - ※2年を過ぎると給付を受ける権利が消滅
- 添付書類はすべてコピー可



育成助成金



【助成金の種類】

助成対象事業		備 考
研修会 等事業	県外研修	加入者の資質向上を図るため、研修会等への参加に要する経費の一部を助成する
	職場内研修	
交流事業	地域交流	加入者と地域住民の相互交流を深めるため、スポーツ・レクリエーション等の行事に要する経費の一部を助成する
	保養促進	加入者の交流を深めるため、また、保養促進を図るため、保養施設の利用に要する経費の一部を助成する
先駆的・モデル的実践 奨励事業		加入者の資質向上又は社会福祉施設の地域化に向けた取り組み等先駆的・モデル的な実践に要する経費の一部を助成する
長期勤続優良職員顕彰		長年に亘り岡山県内の法人等（民間社会福祉事業）に従事した加入者に対し、顕彰を行う



育成助成金請求書

(助成要領様式第1号)

育成助成金請求書

下記のとおり助成金を請求します。

年 月 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 殿

法人・団体番号

法人・団体名

代表者名

印

請求金額	円
------	---

事業名	事業区分				
	<input type="checkbox"/> 県外研修 <input type="checkbox"/> 職場内研修 <input type="checkbox"/> 地域交流 <input type="checkbox"/> 保養促進 <input type="checkbox"/> 先駆的・モデル的実践奨励事業				
実施年月日 (西暦)	年 月 日 ~	場 所			
参加者数	名	実施内容			
参加者名 (加入者番号) *参加者が多数 の場合は、参加 者名簿を添付 してください。	氏名 ()	氏名 ()			
	氏名 ()	氏名 ()			
	氏名 ()	氏名 ()			
	氏名 ()	氏名 ()			
積 算 内 訳	対象経費種別	実支出額	基準限度額	助成率	助成額
		円	/	/	/
		円			
		円			
		円			
合 計	円	円		円	

(個人情報の取扱いに関する注意事項)

加入者に係る個人情報は、育成助成金支給関連業務のみの範囲内で利用されます。

【基準限度額(助成率)】 県外研修・職場内研修 : 30,000円/人(1/2)
 地域交流・保養促進 : 4,000円/人(1/2)
 先駆的・モデル的実践奨励事業: 100,000円/施設・団体(1/1)

【助成額】 実支出額と基準限度額と比較して少ない方の額に助成率を乗じて算出された額(百円未満切捨て)



研修会等事業・交流事業

事業名	対象経費	基準限度額	助成率	備考
県外研修	参加費 旅費 等	1人あたり 30,000円	1/2	加入者1人あたり、 県外研修と 職場内研修のうち いずれか1回限り
職場内研修	講師謝礼費 会場費 等			
地域交流	スポーツ・レクリエーション等行事開催に要する諸経費	1人あたり 4,000円	1/2	加入者1人あたり、 地域交流と 保養促進のうち いずれか1回限り
保養促進	保養施設の利用料 等			

助成金の申請額

- 基準限度額と実支出額を比較して少ない方の額に助成率を乗じて算出された額
(※100円未満切り捨て)
- 請求額の合計が1法人・団体あたりの配分限度額以内になるよう調整する
〔 配分限度額：(令和7年度)
令和7年4月1日現在の加入者数×500円 〕



事業名	県外研修		事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 県外研修 <input type="checkbox"/> 職場内研修 <input type="checkbox"/> 地域交流 <input type="checkbox"/> 保養促進 <input type="checkbox"/> 先駆的・モデル的実践奨励事業
実施年月日 (西暦)	2025年11月10日～		場所	東京都
参加者数	2名		実施内容	全国社会福祉協議会主催の令和2年度社会福祉施設職員スキルアップ研修会に参加した。
参加者名 (加入者番号) *参加者が多数の場合は、参加者名簿を添付してください。	氏名	田中 誠 (50010007)	氏名	()
	氏名	鈴木 昌子 (50010009)	氏名	
	氏名	()	氏名	
	氏名	()	氏名	
積算内訳	対象経費種別	実支出額	基準限度額	助成率
	参加費 (2名分)	20,000 円	/	1 / 2
	旅費 (2名分)	94,000 円		
		円		
		円		
合	114,000 円	60,000 円	30,000 円	

書ききれないときは
加入者番号と氏名の
一覧表を添付する
※様式は不問

領収書の添付は不要 詳細を明確に記入



例) 4月1日の育成制度加入者数は20名



20名×500円

今年度の育成助成金配分限度額は 10,000円



● 10名参加の職場内研修を実施

基準限度額：
 $10 \text{ 名} \times 30,000 \text{ 円} \Rightarrow 300,000 \text{ 円}$

請求金額 **5,000 円**

対象経費種別	実支出額	基準限度額	助成率	助成額
講師謝金	5,000 円	/	1 / 2	/
資料代	5,000 円			
	円			
	円			
合計	10,000 円			

実支出額と基準限度額を比較して
少ない方(10,000円) × 助成率1/2



配分限度額は10,000円なので、
まだ残り5,000円請求できる

●10名参加の忘年会(保養促進)を実施

請求金額	5,000円
------	--------

基準限度額：
10名 × 4,000円 ⇒ 40,000円

対象経費種別	実支出額	基準限度額	助成率	助成額
飲食代	35,000円	/	1 — 2	/
	円			
	円			
	円			
合計	35,000円	40,000円		17,500円

実支出額と基準限度額を比較して
少ない方(35,000円) × 助成率1/2



助成金の請求

- 第1回 9月末日締切
- 第2回 12月末日締切
- 第3回 2月末日締切



翌月30日頃支給



先駆的・モデル的実践奨励事業

- 先駆的・モデル的な取り組みに要する諸経費が対象
- 支給額100,000円以内
- 年3法人・団体以内

長期勤続優良職員顕彰

- 民間社会福祉事業に従事した通算勤務期間が、当該年度の3月31日現在25年以上の職員で年齢50歳以上の者
 - 既に厚生労働大臣又は知事の表彰を受けた者を除く
 - 勤務成績が優良で他の範とするに足りると認められる者
- 

県社協HP

The screenshot shows the homepage of the Okayama Prefecture Social Welfare Association. At the top, there is a navigation bar with links for Home, About Okayama Prefecture Social Welfare Association, Regional Welfare, Welfare Activities, and Volunteer NPO. Below the navigation bar is a banner with the text "誰もが住み慣れた場所で、その人らしい生活を、共に、豊かに送れる地域社会" (A community where everyone can live a rich life in a familiar place, together). Underneath the banner is a "Urgent Notice" section with a red triangle icon, followed by a grid of service categories: "Welfare from the Association", "Lectures/Research/Case Studies", "Other Event Information", "Welfare Information", and "Association Report". At the bottom, there are icons for "Email Distribution (Free)", "Daily Life Self-Management", "Welfare Work", and "Welfare Student Support".

福利厚生制度
ご案内をクリック

The screenshot shows the "About Okayama Prefecture Social Welfare Association" page. It features a navigation bar with the same links as the homepage. Below the navigation bar is a banner with the same text as the homepage. Underneath the banner is a "Urgent Notice" section with a red triangle icon, followed by a grid of service categories: "Welfare from the Association", "Lectures/Research/Case Studies", "Other Event Information", "Welfare Information", and "Association Report". At the bottom, there are icons for "Email Distribution (Free)", "Daily Life Self-Management", "Welfare Work", and "Welfare Student Support".

①岡山県社協に
ついて
②福利厚生制度
のご案内
をクリック

もしくは

The screenshot shows the "Welfare from the Association" page. It features a navigation bar with the same links as the homepage. Below the navigation bar is a banner with the same text as the homepage. Underneath the banner is a "Urgent Notice" section with a red triangle icon, followed by a grid of service categories: "Welfare from the Association", "Lectures/Research/Case Studies", "Other Event Information", "Welfare Information", and "Association Report". At the bottom, there are icons for "Email Distribution (Free)", "Daily Life Self-Management", "Welfare Work", and "Welfare Student Support".

社会福祉法人
岡山県社会福祉協議会

サイト内検索 検索

文字の大きさ 小 **標準** 大 背景の色 白 黒 黄

ホーム 岡山県社協について 地域福祉について 福祉のしごと ボランティア NPOについて

岡山県社協について

ホーム > 岡山県社協について > 福利厚生制度のご案内

- 会長あいさつ
- 沿革
- 基本理念・経営理念・経営活動方針
- 第8次経営・活動計画概要
- 組織体制
- 評議員・役員（理事・監事）名簿
- ティスクロージャー（法人公表資料）
- 職員採用案内
- 所在地・連絡先

福利厚生制度のご案内

最終更新日：2025/04/01

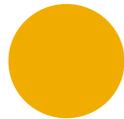
働きやすい職場づくりのために民間社会福祉施設等で働く職員のための福利厚生制度をご案内しています。

- ◆ [岡山県民間社会福祉従事者共済制度](#)
- ◆ [岡山県民間社会福祉従事者育成制度](#)
- ◆ [各種届出様式・様式集](#)
- ◆ [社会福祉施設職員等退職手当共済制度](#)
- ◆ [ソウェルクラブ](#)

共済制度について
乗率表(エクセル)
規定等掲載

各種届出様式 様式集
ワード様式掲載
ダウンロードしてご利用ください

育成制度について
規定等掲載



お問合せ



〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1
きらめきプラザ3階
社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会
地域福祉部 経営支援班 福利厚生担当

TEL:086-226-2827 FAX:086-225-6602

