

## 賃金不払事故補償 事故報告書

報告日：平成 年 月 日

所属団体	(公社) 日本看護家政紹介事業協会所属 ・ 未所属 (該当箇所に○をしてください。)				
紹介所名					所長名 印
現住所	〒		電 話		
ケア・ワーカー氏名					印
住所	〒		電 話		
事故の内容	事故発生の原因及び状況				
	発生日時	年 月 日 ( ) 時	未払賃金の期間	年 月 日から	日分
	未払賃金	円		年 月 日まで	
	求人者氏名			電 話	
	住 所	〒			
(紹介所長の回収見込み等の所見)					

センター (受付印)	
本 部	支 部

(個人情報の利用目的) 本状記載の個人情報については、支払手続のために利用させていただきます。

様式 5 号

## 賃金等の支払催告書（モデル）

被通知人の依頼に基づき、通知人が紹介したケア・ワーカー〇〇〇〇の平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日までの〇〇日間の賃金金〇〇〇〇〇円及び求人受付手数料・紹介手数料〇〇〇〇〇円が、未払いとなっています。つきましては、未払金合計〇〇〇〇〇円を本書到達後 15 日以内にお支払いいただきたく催告します。

なお、万一上記指定日までにお支払いのない場合は、法的措置をとらざるを得ませんので念のため申し添えます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

通 知 人

〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号

〇〇〇家政婦紹介所所長 〇〇 〇〇

被通知人

〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号

〇〇 〇〇





様式 8 号

平成 年 月 日

公益財団法人介護労働安定センター  
支部長 殿

過去の賃金不払事故の申告書

過去の賃金不払事故の状況は以下のとおりです。

1 求人者の過去における賃金不払事故

なし

あり ①事故発生日

②ケア・ワーカー名

③紹介所名

④金額

2 ケア・ワーカーの過去における賃金不払事故

なし

あり ①事故発生日

②求人者名

③紹介所名

④金額

3 紹介所所属のケア・ワーカーの過去における賃金不払事故

なし

あり ①事故発生日

②求人者名

③紹介所名

④金額

紹介所名

所長 名

印