氷見市介護人材就労支援補助金交付申請書

　　年　　月　　日

氷見市長　あて

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号

氷見市介護人材就労支援補助金の交付を受けたいので、氷見市介護人材就労支援補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、交付審査に必要な範囲において、住民基本台帳、市税等の納付に関する資料の閲覧及び就労状況等を介護サービス事業所等へ照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ申請者氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　）歳 |
| 保有資格（※修了見込み含む） | ・介護福祉士　　・介護福祉士実務者研修修了者　　・介護職員初任者研修修了者　・社会福祉士　　・社会福祉主事　　　　　　　　　・介護支援専門員 |
| 取得見込の資格について（※就職した日から１年以内に取得予定のものに限る） | 取得予定資格 |  |
| 取得見込期間 | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 |
| 実施機関 |  |
| 勤務先の状況 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 勤務開始日 | 年　　月　　日 |
| 直近の就労又は就学の状況 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 直近の就労又は就学期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 直近の離職日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請額 | １００，０００円 |

※修了見込みの場合は、「資格等を有することを証する書類の写し」を取得見込期間の終了日から１０日以内に提出すること。

　私は、申請者が氷見市介護人材就労支援補助金交付要綱第８条の規定により補助金を返還する場合は、その連帯保証人になることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連帯保証人 | 住　所 |  |
| 氏　名(署名) | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 申請者との続柄 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日　（　　　）歳 |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |

【添付書類】

採用通知書の写し

雇用条件を証する書類（雇用契約証明書又は雇用期間及び勤務条件のわかる雇用契約書等）の写し

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（勤務表）※他職員の同意がない場合は他職員の名前をマスキング（黒塗り）してください。

資格等を有することを証する書類の写し

市町村民税に係る納税証明書又は非課税証明書（市外に住所を有する申請者に限る。）

誓約書（様式第２号）

口座振替による支払申出書