

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

障害福祉資格取得促進支援金交付申請兼請求書

魚沼市障害福祉資格取得促進支援金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉資格取得促進支援金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また、市税の納税状況を確認するため、税務情報を照会することに同意します。

記

( 年度)

交 付 申 請 額	円	
対 象 資 格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	
勤 務 先	事 業 所 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
就 業 年 月 日	年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	

【添付書類】

- 有資格者であることを証する書類の写し 勤務証明書(別紙1)  
市税の納税証明書(税務情報を照会できない場合のみ) 誓約書(別紙2)

振込先口座 (申請者名義のもの)

金融機関名	銀行・信組 金庫・農協	本店・支店 支所
口座名義 (カタカナ)	口座種別 口座番号	普通 当座 No.

※通帳の写し(上記口座のカタカナ名義・支店名を確認できるページ等)を添付してください。