

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

障害福祉人材就職支援金交付申請兼請求書

魚沼市障害福祉人材就職支援金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉人材就職支援金交付要綱第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	
勤務先	事業所名	
	所在地	
就業年月日	年 月 日	
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"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士	

【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    本店・支店 金庫・農協    支所	
口座名義 (カタカナ)	口座種別 口座番号	普通    No. 当座

※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。