

魚沼市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者
電話番号

外国人介護人材修学支援事業補助金交付申請書

魚沼市外国人介護人材修学支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市外国人介護人材修学支援事業補助金交付要綱第7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

1 補助金交付申請額 円

2 奨学金を給付する介護人材の概要

住 所					
氏 名	フリガナ				
給付内訳	月 額	円	給付月数	月	
修学学校	住 所				
	学校名		学年	年	
入 学 日	年	月	日		
卒業予定日	年	月	日		
就業予定日	年	月	日		

添付書類

- ・法人が奨学金の支給を定めた規程
- ・外国人介護人材と法人との間に交わした奨学金に関する契約書の写し
- ・外国人介護人材の在学証明等修学のわかるもの
- ・外国人介護人材の在留資格のわかるもの
- ・法人の市税の納税証明書(税務情報を照会できない場合のみ)
- ・その他市長が必要と認めるもの