

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護資格取得促進支援金交付申請兼請求書

魚沼市介護資格取得促進支援金の交付を受けたいので、魚沼市介護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

交 付 申 請 額		円
対 象 資 格		<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
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(未納がない証明)(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・信用組合 金庫・農協		本店・支店 支所	
フリガナ		口座	普通	
口座名義		番号	・当座	

※ 通帳の写し(カナ氏名・支店名が確認できるページ)を添付してください。