

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 _____

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 ・ 当座
口座名義		番号	

※ 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。