

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 _____

介護人材等就職支援金交付申請兼請求書

魚沼市介護人材等就職支援金の交付を受けたいので、魚沼市介護人材等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

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	種 類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護従事職員

【添付書類】

- 有資格者であることを証する書類の写し(介護従事職員は不要)
- 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 番 号	普通 ・ 当座
口 座 名 義			

※ 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。