

庄原市介護人材確保事業補助金交付申請書

年 月 日

庄原市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

庄原市介護人材確保事業補助金の交付を受けたいので、庄原市介護人材確保事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、私及び世帯員の市税の納付状況等の確認、住民基本台帳の閲覧について同意します。

また、今後も引き続き当該事業所に勤務する意思があることを申し添えます。

交付申請額		円
勤務先	事業所名	
	所在地	
雇用開始日	年 月 日	
転職要件 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 雇用開始日の前1年以内に、市内の介護サービス事業所で介護職員等としての正規雇用歴なし	
有資格者要件 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 該当なし	
加算対象 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 転入雇用者 <input type="checkbox"/> 新卒雇用者 <input type="checkbox"/> 該当なし	

添付書類

- (1) 勤務証明書（様式第2号）
- (2) 雇用契約書等の写し
- (3) 有資格者であることを証する書類の写し（有資格者のみ）
- (4) 卒業証書等の写し（新卒雇用者のみ）