

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（あて先）湯沢町長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

湯沢町介護人材就職支援金支給申請書

湯沢町介護人材就職支援金の支給を受けたいので、湯沢町介護人材就職支援金支給要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

また、同要綱第10条第1項に定める返還事項に該当し、同条第3項により支援金の返還を命じられた場合は速やかに返還に応じます。

1 勤務先介護施設 (事業所名)							
2 就職日	年	月	日				
3 住民登録日	年	月	日				
4 申請額	20万円						
5 支援金振込口座 ※本人名義のもの	金融機関名			支店名			
	預金種目			口座番号			
	普通・当座						
6 誓約事項	<input type="checkbox"/> 上記介護施設に継続して1年以上勤務します。 <input type="checkbox"/> 介護施設に初めて勤務します。 ※ <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。						

添付書類

- (1) 介護施設勤務証明書（様式第3号）
- (2) 居住地の市町村税の納税証明書（居住地の市町村で発行しています。）
- (3) その他町長が必要と認めるもの

確認書類

- (1) 本人名義の通帳の写し（提示でも可）
- (2) 本人確認書類（提示でも可）