

別記様式（第5条関係）

令和〇〇年度 大村市介護人材確保・定着応援金交付申請書兼請求書

大村市長 様

令和〇〇年 3月 〇〇日

住所 大村市本町 458 番地 2
氏名 大村 太郎
電話番号 0957-20-7301



大村市介護人材確保・定着応援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、本申請内容に虚偽があった場合には、大村市介護人材確保・定着応援金の交付の決定の取消し及び返還に異議なく応じます。

振込先口座	金融機関名		支店名
	〇〇銀行		〇〇支店
	預金種別	口座番号	
	普通	0123456	
	フリガナ	オオムラタロウ	
	口座名義	大村 太郎	

1 交付申請額（請求金額） 50,000 円

※交付申請額は、常勤の職員の場合は5万円、非常勤の職員の場合は3万円となります。

2 交付要件確認事項（該当する場合は、□に✓をしてください。）

☒ 大村市介護人材確保・定着応援金交付要綱第3条に規定する交付対象者に該当する。

3 添付書類

(1) 雇用証明書（現在の勤務先の証明が必要です。）

(2) 介護福祉士登録証の写し（申請初年度のみ添付してください。）

※ 登録番号がEから始まる方は、「資格登録有効期限（変更）通知書」又は「資格有効期限解除通知書」を添付してください。