

令和〇〇年度 大村市介護福祉士資格取得応援金交付申請書兼請求書

大村市長

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



大村市介護福祉士資格取得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、大村市介護福祉士資格取得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

2 交付要件確認事項（該当する場合は、□に✓をしてください。）

☒ 大村市介護福祉士資格取得応援金交付要綱第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

※ 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。