別記様式（第５条関係）

　　　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

　　　年　　　月　　　日

大村市長　様

住所

 　 　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　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 |
|  |  |
| 預金種別 | 口座番号 |
|  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

１　交付申請額（請求金額）　　　　　　　　　　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。