様式第１号（第５条関係）

 　　年　　月　　日

（あて先）南魚沼市長

〒

申請者　住　所

氏　名

生年月日

電話番号

南魚沼市介護人材ケアマネスタートお祝い金支給申請書

南魚沼市介護人材ケアマネスタートお祝い金の支給を受けたいので、南魚沼市介護人材ケアマネスタートお祝い金支給事業実施要綱第５条の規定により関係書類を添えて申請します。

また、要綱第９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　介護支援専門員実務研修受講試験日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ２　介護支援専門員実務研修受講試験合格日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ３　介護支援専門員実務研修受講期間 | 　　　年　　　月　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） |  |
| ６　誓約事項※□にチェックをしてください。 | □　上記介護支援専門員実務研修の受講を修了し、介護支援専門員証の交付を受けます。□　介護支援専門員実務研修受講試験に合格した日の属する年度の翌年度の３月３１日までに南魚沼市内の居宅介護支援事業所に就職又は着任し、継続して１年以上勤務します｡ |

添付書類 (1)　介護支援専門員実務研修受講試験に合格したことを証する書類の写し

(2)　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)　その他市長が必要と認める書類