

（あて先）南魚沼市長

〒  
 申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

南魚沼市介護人材カムバック支援金支給申請書

南魚沼市介護人材カムバック支援金の支給を受けたいので、南魚沼市介護人材カムバック支援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、同要綱第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 勤務先介護施設 (事業所名)							
2 就 職 日	年 月 日						
3 資 格 名 称							
4 前 職 の 状 況	事業所名 _____ 年 月 日退職 ※勤務開始日から遡って3か月以内に魚沼圏域の介護施設に在籍していた場合は申請できません						
5 申 請 額	20万円						
6 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）						
7 誓 約 事 項 ※□にチェックをしてください。	<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"/> 勤務開始日前3か月以内に魚沼圏域の介護施設に在籍していません。						

- 添付書類 (1) 介護施設勤務証明書（様式第2号）  
 (2) 資格等を有する者であることを証する書類の写し  
 (3) 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。）  
 (4) その他市長が必要と認める書類