

（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エール支援金支給申請書

南魚沼市介護人材ケアマネエール支援金の支給を受けたいので、南魚沼市介護人材ケアマネエール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8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 申 請 額	20万円						
4 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						
5 誓 約 事 項 ※□にチェックをしてください。	□ 年4月1日において、介護支援専門として上記介護施設に継続して1年以上勤務しています。						
	□ 年4月1日において、過去1年以内に通算して3か月以上の休職（産前産後休業は含みません。）はありません。						

- 添付書類 (1) 介護施設勤務証明書（様式第2号）
 (2) 介護支援専門員証の写し
 (3) 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