様式第１号（第５条関係）

長浜市高齢者介護職就職支援事業補助金交付申請書

　年　　月　　日

　長浜市長　　　あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　長浜市高齢者介護職就職支援事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

　なお、介護職員・介護助手としての業務未経験者であることを申し添えるとともに、現在勤務している福祉事業所に引き続き勤務する意思を有することを誓約します。また、必要な範囲で私の住民基本台帳、市税、介護保険料、国民健康保険料及び後期高齢者医療保険料の納付に関する資料を閲覧されることについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 申請者職種 | 介護職員　　・　　介護助手 |
| 就業先の福祉事業所の状況 | 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 | 長浜市 |
| 就職年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 交付申請額 | 　円 |
| 添付書類 | 　在職証明書 |

※氏名を手書き(自書)しない場合は、記名押印をお願いします。