様式第１号（第５条関係）

長浜市潜在介護専門人材再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

　長浜市潜在介護専門人材再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、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するとともに、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、及び私の介護実務経験、離職日等につき福祉事業所等関係機関に照会することについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保有資格 | （　　）介護福祉士（実務者研修施設において介護福祉士としての必要な知識及び技能を修得した者を含む）（　　）介護支援専門員（　　）介護職員基礎研修（　　）介護職員初任者研修（　　）訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修１級課程（　　）訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修２級課程 |
| 介護業務経験 | 施設名 |  |
| 勤務期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで（１年以上の業務経験が必要です。） |
| 直近の離職日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 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（直近の離職日から３か月以上経過していること。） |
| 交付申請額 | 　円　　 |
| 添付書類 | １　在職証明書２　保有資格の証明書類 |

※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。