様式第１号（第５条関係）

長浜市介護職就職応援給付金交付申請書

　年　　月　　日

　長浜市長　　　あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　長浜市介護職就職応援給付金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

　なお、福祉事業所ではない前勤務先において、３か月以上勤務していた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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（前勤務先の離職日から１年以内であること。） |
| 離職した事業所の状況 | 事業所名 |  |
| 業種 |  |
| 就職年月 | 年　　　月 |
| 離職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 交付申請額 | 　円 |
| 添付書類 | 　・在職証明書　・前勤務先及び離職日を確認できる書類（雇用保険受給資格者証の写し等） |

※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。