様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

敦賀市介護職員資格取得奨励金交付申請書兼請求書

　敦賀市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　敦賀市介護職員キャリアアップ支援事業（介護職員資格取得奨励金交付事業）実施要綱第４条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。交付決定後、奨励金額を下記の口座に振込下さい。

なお、この申請にあたり、他の同種の助成を受けておらず、助成に係る申請を行っていないことを申し添えます。

記

１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 介護事業所名 | 取得した資格 | 取得年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（添付書類）

□　資格取得を証明する書類の写し

□　雇用契約書の写し

□　債権者登録（変更）申請書（敦賀市に債権者登録を行っていない場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 振 込 先金融機関 | 　　　　　　　　　　銀　行 ・ 信用金庫　　　　　　　　　　農　協 ・ 信用組合　　　　　　　　　　　　支　店　　　　　　　　　　その他（　　　　　　） |
| 預金種別 | １ 普通　２ 当座 （どちらかに○印） | 口座番号（右づめ） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （通帳を確認のうえ、正確にご記入ください）カナ |
| 漢字 |