

坂井市長 様

申請者 住 所：

氏 名：

生年月日：

電話番号：

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金交付申請書兼請求書

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金の交付を受けたいので、坂井市介護職員キャリアアップ奨励金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市に対して納付又は納付すべき税の納税状況について市長が調査することに同意します。

奨励金交付申請兼請求額	金 _____ 円			
取得（修了）した資格				
資格取得（修了）年月日	年 月 日			
勤務する事業所名				
勤務する事業所の所在地	（上記事業所の所在地） 坂井市			
振込先金融機関		銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 出張所
口座の種類	普通 ・ 当座			
口座番号				
フリガナ				
口座名義名 ※申請者と同一				
添付書類 （添付書類に確認をして ☑してください）	<input type="checkbox"/> 研修（資格）を修了（取得）したことが分かるもの（研修修了証の写し、資格証および認定証の写し等） <input type="checkbox"/> 申請日現在において、市内の同一事業所において6か月間勤務していることが分かるもの（様式第2号「勤務証明書」） <input type="checkbox"/> 納税証明書または滞納がないことの証明（直近の課税が坂井市の場合は不要） <input type="checkbox"/> 通帳の写し（見開き箇所など口座名義人・口座番号の分かるもの）			
私は、上記事業所において、3年以上継続して勤務します。				
（署名又は記名・押印）				

記入例

(係)

申請日

令和 5 年 6 月 1 日

坂井市長 様

申請者 住 所: 坂井市坂井町下新庄1-1

研修(資格)を修了(取得)した
方の住所・氏名等

名: 坂井 太郎

年月日: S60. 1. 1

話番号: 0776-50-3040

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金交付申請書兼請求書

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金の交付を受けたいので、坂井市介護職員キャリアアップ奨励金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市に対して納付又は納付すべき税の納税状況について市長が調査することに同意します。

【奨励金5万円】

介護職員初任者研修・介護職員実務者研修

【奨励金8万円】

介護福祉士・認定介護福祉士
介護支援専門員・主任介護支援専門員

金 50,000 円

介護職員実務者研修

令和 5 年 6 月 1 日

坂井市役所高齢福祉課

勤務する事業所の所在地	(上記事業所の所在地) 坂井市 坂井町下新庄1-1						
振込先金融機関	坂井	銀行 信用金庫 農業協同組合	坂井	本店 支店 出張所			
口座の種類	普通 ・ 当座						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	サカイ タロウ						
口座名義名 ※申請者と同一	坂井 太郎						
添付書類が揃っているかお確かめください。	研修(資格)を修了(取得)したことが分かるもの(研修修了証の写し等) 申請日現在において、市内の同一事業所において6か月間勤務してことが分かるもの(様式第2号「勤務証明書」) <input checked="" type="checkbox"/> 納税証明書または滞納がないことの証明(直近の課税が坂井市の場合は不要) <input checked="" type="checkbox"/> 通帳の写し(見開き箇所など口座名義人・口座番号の分かるもの)						
私は、上記事業所において、3年以上継続して勤務します。							
							坂井 太郎
(署名又は記名・押印)							