

第1号様式（第6条関係）

二宮町介護職員就労支援給付金交付申請書

年 月 日

二宮町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

二宮町介護職員就労支援給付金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、給付金の交付に関する事務のため、町が勤務先の介護保険事業所に私の勤務状況等を確認すること及び町税等の納税状況その他審査に必要な事項を調査することに同意します。

1 給付金

介護職員就労支援給付金

2 勤務内容

施設名（法人名） ()

勤務開始日 年 月 日

3 訪問介護員の資格取得日 年 月 日

4 過去1年以内の勤務履歴（学歴を含む。）

勤務開始年月日	退職年月日	勤務先（名称）	勤務内容

5 申請額 50,000円