様式第１号（第４条関係）

介護職員就労祝金申請書（兼）雇用証明書

年　　月　　日

森町長　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞ |

　森町介護職員人材確保対策事業実施要綱に基づき、介護職員就労祝金を申請いたします。なお、就業開始年月日に記載する日の前１年間の期間において、町内介護事業所等にて介護職員として就業していないこと、この様式に記載する内容に虚偽等を記載した場合は、就労祝金を返還することを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就業者  氏名 |  | | | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 電話番号 | * - | | 住所  区分 | | | □町内在住  □町外在住（転入予定 有・無） | | | | | | | | |
| 就業祝金  申請額 | ￥１０，０００円 | | 就業開始  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 振込  金融機関  （申請者に限る） | 金融  機関名 | 銀行  信用金庫  （　　　） | | | 本支店名 | | | 店  支店 | | | | | | |
| フリガナ  口座名義 |  | | | 預金種別 | | | 普通・当座  ・その他（　　　） | | | | | | |
|  | | |
| 口座番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 雇用  証明欄 | 上記の者は当事業所において、　　　　年　　月　　日より引き続き、介護職員として雇用していることを証明します。  住　所  施設名  代表者　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |