様式第２号（第４条関係）

介護職員就労継続祝金申請書

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、介護職員就労継続祝金を申請いたします。なお、この様式に記載する内容に虚偽等を記載した場合は、就労継続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 | * - | | | | 就業開始  年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 町内居住  開始年月日 | 年　　月　　日 | | | | 就業開始  年月日から３年  を経過した日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 就業継続  祝金  申請額 | の日付がの１年以上前の場合はⅠ。それ以外はⅡ | | Ⅰ | ￥５０，０００円（町内在住者） | | | | | | | | | | | |
| Ⅱ | ￥３０，０００円（町外在住者） | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  |  |  |  |  |  |  |