

様式第2号

介護職員等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
② 町 内 居 住 開 始 年 月 日	年 月 日	① 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	②の日付が①の1年 以上前の場合はI。そ れ以外はII	I	¥ 5 0 , 0 0 0 円 (町内在住者)
		II	¥ 3 0 , 0 0 0 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