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 |  |  |  |  |  |  |  |