

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

越前市長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話番号

越前市介護人材キャリアアップ・定着奨励金交付申請書兼請求書（資格取得更新用）

越前市介護人材キャリアアップ・定着奨励金の交付を受けたいので、越前市介護人材キャリアアップ・定着奨励金交付要綱第4条の規定により申請します。

なお、私が奨励金の交付を受けた場合、資格を取得・更新した日から2年を経過せずに離職し、又は非正規職員となったときは奨励金を全額返還します。

また、この申請に係る審査及び交付決定後の状況確認に当たり、市長が必要な事項を調査することに同意します。

1 主任介護支援専門員の資格を取得・更新した日 年 月 日

2 現在勤務する介護事業所名

3 申請する奨励金の種類等（該当するものの□に✓を記入）

資格取得奨励金

資格更新奨励金

4 奨励金交付申請兼請求額 金 円

5 奨励金振込先

金融機関名		支店名		種別	普通・当座
		支店番号			
口座番号					
			口座名義人カナ		

※申請者本人名義の口座に限ります。

※ゆうちょ銀行をご利用の場合は、支店番号をご記入ください。

6 添付書類

(1) 就労等証明書（様式第2号）

(2) 振込先の通帳の写し（口座番号、名義人等振込先が確認できるもの）

(3) 主任介護支援専門員資格証の写し

(4) 主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修の修了証書の写し

様式第2号（第4条関係）

就労等証明書

年 月 日

越前市長 殿

証明者（申請者が就労等する介護事業所が記入）

施設名

施設長

印

当施設に勤務する正規職員が越前市介護人材キャリアアップ・定着奨励金の申請を行うに当たり、当施設での就労等について、次のとおり証明します。

次の者は、正規職員の主任介護支援専門員として当施設で勤務していることを証明します。

正規職員氏名	採用年月日	年 月 日
現在勤務している施設		
この職員の退職の予定の有無に✓	<input type="checkbox"/> この証明をした日から2年以内に退職する予定はない <input type="checkbox"/> この証明をした日から2年以内に退職する予定がある	

【施設長様へ】

越前市介護人材キャリアアップ・定着奨励金の交付を受けるために必要な書類です。
この書類にご記入いただき、対象者にお渡しく下さい。