様式第１号（第４条関係）

 介護人材等定着支援金交付申請書

年　　　月　　　日

土佐清水市長　様

　住　所

申請者　　氏　名（事業所名）

　　　　　（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

土佐清水市介護人材等定着支援金の支給を受けたいので、土佐清水市介護人材等定着支援金交付要綱第４条の規定により、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 就業介護事業所等名 |  |
| 就業者名 |  |
| 雇用期間※該当するいずれかの欄に○をつけること。 |  | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで |
|  | 特に期間の定め無し |
| 雇用形態※該当するいずれかの欄に○をつけること。 |  | 正規雇用職員 |
|  | 契約職員 |
| 職種 |  |
| 支給申請額 | 円 |
| 振込先 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 |
| 本店・本所・支店・出張所 |
| 口座種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| フリガナ |  |

※添付書類：土佐清水市介護人材等定着支援金交付要綱第４条に定める書類。