

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	
雇用形態 ※該当するいずれかの欄に○をつけること。		特に期間の定め無し	
		正規雇用職員	
職種		契約職員	
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。