

別記様式第7号(第12条関係)

名寄市介護職員就職支度金交付申請書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

申請者 氏名

印

電話

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第12条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、支給決定のため市が保有する申請者の個人情報の利用を同意します。

申請者	住所	名寄市
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
就労先 (内定先)	法人名	
	事業所名	
	所在地	名寄市
	就労日	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 名寄市内介護保険サービス事業所等への雇用を証明する書類 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修受講修了証又は介護福祉士登録証（原本提示） <input type="checkbox"/> 運転免許証、旅券、健康保険証その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し等 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 履歴書（職歴が記載されたもの）	

※支度金振込先金融機関

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通・当座		

課長	係長	係

下記のとおり支給決定してよろしいか

決裁日 年 月 日

市記入欄	証明書類 確認欄	認 定 欄
		支給決定額 円