

様式第 1 号（第 5 条関係）

中能登町介護職員等継続勤務奨励金交付申請書兼請求書

年 月 日

中能登町長

住 所
氏 名 印
(申請者) 生年月日 年 月 日
電話番号

中能登町介護職員等継続勤務奨励金の交付を受けたいので、中能登町介護職員等継続勤務奨励金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添付して申請し、請求いたします。なお、この申請において虚偽等を記載した場合は当該奨励金を返還することを誓約します。

記

就 業 先 事 業 所	所在地 名 称						
就 業 職 種 (該当に ☒)	☐ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 栄養士 ☐ 管理栄養士		就業開始 年 月 日	年 月 日			
勤続経過月数 (該当に ☒)	※1 ☐ 12 箇月 ☐ 36 箇月						
申 請 額 (請 求 額)	※2 円						
振 込 先 金 融 機 関 (申請者の口座)	銀行・農協 信用金庫・()			店 支店			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	フリガナ						
確 認 事 項 (該当に ☒)	☐ 就業開始年月日に記載する日の前 1 年間の期間において、介護職員及び看護職員として介護保険サービス事業所で就業したことがない。						
	☐ 上記事業所において雇用日以降 1 週間の勤務時間が 20 時間以上の労働条件で雇用されている。						
備 考	☐ 勤続経過月数は産前産後休暇以外で、無給の休暇等を取得した月数（勤務した日のある月を除く）を除算して計算している。						
	☐ 申請日現在も上記事業所で就業しており、今後も同一事業所で就業する意思がある。						

※1 産前産後休暇以外で、無給の休暇等を取得した月数（勤務した日のある月を除く）を除算します。

※2 奨励金の交付額は、12 箇月の場合は 5 万円、36 箇月の場合は 10 万円です。

【添付書類】雇用証明書（申請日の 1 ヶ月以内に証明されたもの）

振込先通帳の写し等、振込先が確認できるもの