様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

恵那市長　様

恵那市介護福祉士資格取得支援助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、恵那市介護福祉士資格取得支援助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成の決定を受けた場合は、同要綱の規定を遵守し、市内の介護施設等において介護サービス業務に引き続き１年以上従事することを誓います。また、恵那市介護福祉士資格取得支援助成金の返還の債務が生じたときは、返還期日までに返還します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名 | （署名又は記名押印） | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 介護福祉士  資格取得日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 介護福祉士  登録日 | 年　　　　月　　　　日 | | |

添付書類　１　介護福祉士試験合格証書の写し

　　　　　２　介護福祉士登録証の写し

　　　　　３　その他市長が必要と認める書類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※事業者の方が記入してください  年　　　　月　　　　日  恵那市長　様  事業者　　所在地  　　　　　法人名  　　　　　代表者  （署名又は記名押印）  　次の者を、介護サービス業務従事者として雇用していることを証明します。   |  |  | | --- | --- | | 氏名（申請者） |  | | 事業所名 |  | | 事業所所在地 | 恵那市 | | 雇用開始日 | 年　　　　月　　　　日 |   担当者　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号 |