

第4号様式（第5条関係）

介護職員就労継続支援助成金支給申請書

年 月 日

余市町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊞

余市町介護職員人材確保・定着支援事業実施要綱に基づき、介護職員就労継続支援助成金の支給を受けたいので申請します。なお、この様式に記載する内容に虚偽等を記載した場合は、助成金の一部または全部を返還することを誓約します。また、助成金支給にかかる審査のために必要がある場合は町長が町税の納付状況の確認を行うことについて、同意します。

就 業 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
電 話 番 号	- -	① 就業開始日		年 月 日	
② 町内居住 開始日	年 月 日		③ ①の就業開始日から 3年経過した日		年 月 日
就 労 継 続 支 援 助 成 申 請 額	①の日付から半年経過 した場合		I	¥10,000円（新規就労者）	
	②の日付が③の1年以上 前の場合はⅡ。それ以 外はⅢ		Ⅱ	¥50,000円（町内在住者）	
			Ⅲ	¥30,000円（町外在住者）	
振 込 金 融 機 関 (申請者に限る)	金 融 機 関 名	銀 行 信 用 金 庫 ( )		本支店名	店 支 店
	フリガナ 口座名義			預金種別	普通・当座 ・その他 ( )
				口座番号	