様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

（あて先）高森町長

〒

申請者　住　所

氏　名

生年月日

電話番号

高森町ケアマネ・ヘルパーエール支援金支給申請書

高森町ケアマネ・ヘルパーエール支援金の支給を受けたいので、高森町ケアマネ・ヘルパーエール支援金支給事業実施要綱第４条の規定により関係書類を添えて申請します。

また、同要綱第７条第１項に定める返還事項に該当し、同条第３項により支援金の返還を命じられた場合は速やかに返還に応じます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　勤務する介護事業所の名称 |  | | | | | | | |
| ２　介護支援専門員  証番号 | （　　　年　　月　　日交付） | | | | | | | |
| ３　就　　職　　日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ４　申　　請　　額 | 万円 | | | | | | | |
| ５　支援金振込口座  ※原則本人名義のものとするが、介護支援専門員資格取得・継続等経費は事業所名義も可。 | 金融機関名 | | 支店名 | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 預金種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） |  | | | | | | |
| ６　誓　約　事　項  ※□にチェックをしてください。 | □　　　　年４月１日において、介護支援専門員又は訪問介護員として上記介護施設に継続して６箇月以上勤務しています。  □　　　　年４月１日において、過去１年以内に通算して３か月以上の休職（産前産後休業は含みません。）はありません。 | | | | | | | |

添付書類 (1)　介護事業所勤務証明書（様式第２号）

(2)　資格を証明する証書等の写し

(3)　市町村税の納税証明書（居住地の市町村で発行しています。）

(4)　介護支援専門員資格取得・継続等経費に係る支払証明書等

(5)　その他町長が必要と認める書類