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

高森町ケアマネスタートお祝い金支給申請書

高森町ケアマネスタートお祝い金の支給を受けたいので、高森町ケアマネスタートお祝い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、要綱第８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　介護支援専門員実務研修受講試験日 | 　　年　　　月　　　日　（主任介護支援専門員は不要） |
| ２　介護支援専門員実務研修受講試験合格日 | 　　年　　　月　　　日　（主任介護支援専門員は不要） |
| ３　介護支援専門員実務研修又は主任介護支援専門員新規研修受講期間 | 年　　　月　　　日　～　　年　　月　　日 |
| ４　（主任）介護支援専門員証番号 | 　　　　　　　　（　　　年　　月　　日交付） |
| ５　介護事業所の名称及び勤務開始日 | 　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　月　　日開始） |
| ６　申請額　（どちらかに〇） | ケアマネ３０万円　・　主任ケアマネ２０万円 |
| ７　支援金振込口座※本人名義のもの | 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） |  |
| ８　添付書類 | (1)　受講試験に合格したことを証する書類の写し(2)　介護支援専門員証又は主任介護支援専門員証の写し(3)　介護事業所からの証明を受けた介護事業所勤務証明書(4)　居住地の市町村税の納税証明書(5)　その他町長が必要と認める書類 |