様式第１号（第５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

高森町介護人材カムバック支援金支給申請書

高森町介護人材カムバック支援金の支給を受けたいので、高森町介護人材カムバック支援金支給事業実施要綱第５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９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　就　　職　　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ３　資　格　名　称 |  |
| ４　前 職 の 状 況 | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日退職※勤務開始日から遡って３か月以内に高森町の介護施設に在籍していた場合は申請できません |
| ５　申　　請　　額 | ３０万円 |
| ６　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） |  |
| ７　誓　約　事　項※□にチェックをしてください。 | □　上記介護事業所に継続して１年以上勤務します。□　勤務開始日前３か月以内に高森町の介護事業所に在籍していません。 |

添付書類 (1)　介護事業所勤務証明書（様式第２号）

(2)　資格等を有する者であることを証する書類の写し

(3)　居住地の市町村税の納税証明書

(4)　その他町長が必要と認める書類