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

高森町介護人材新規・移住定住就職支援金支給申請書

高森町介護人材新規・移住定住就職支援金の支給を受けたいので、高森町介護人材新規・移住定住就職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　住 民 登 録 日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ４　申　　請　　額（いずれかに〇） | ・単身世帯　　　　　　　　　　　　３０万円・2人以上世帯　　　　　　　　　 ６０万円・１８歳未満３人以上世帯　　１００万円・初めて介護事業所に就職　　３０万円 |
| ５　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） |  |
| ６　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。□　上記就職日から継続して１年以上高森町に居住します。□　初めて介護事業所に就職します。 |

添付書類 (1)　介護事業所勤務証明書（様式第２号）

 (2)　市町村税の納税証明書

 (3)　その他町長が必要と認める書類