

周防大島町介護従事者就労定着支援金交付申請書（新卒就職者）

年 月 日

周防大島町長

様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

周防大島町介護従事者就労定着支援金の交付を受けたいので、周防大島町介護従事者就労定着支援金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 交付申請額 一金 1 0 0 , 0 0 0 円
- 2 就職（内定）事業所名
- 3 就労開始（予定）年月日 年 月 日
- 4 学校名
- 5 卒業（見込み）年月日 年 月 日
- 6 添付書類 ☐ 卒業見込み証明書又は卒業証書の写し
 ☐ 要綱第 2 条第 2 項に規定する資格を証明する書類
 ☐ 住民票の写し（転入加算と同時に申請する場合は省略できる）
 ☐ 住民税等に滞納が無いことを証する書類
- 7 支援金振込希望口座

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座		
口座番号			
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		

※ 裏面も必ず記入すること。

(裏)

雇 用 証 明 書

周防大島町長 様

就職者氏名	
就労開始年月日	年 月 日
事業所の名称	
職種・雇用形態	
1週間の勤務時間数	時間／週
雇用期間の定め	無し

上記のとおり雇用したことを証明します。

年 月 日

雇用主 所在地

法人名

代表者 職名

氏名

印

電話番号

誓 約 書

私は、この支援金の交付を申請するにあたり、周防大島町介護従事者就労定着支援金交付要綱の規定に違反していないことを誓約いたします。

周防大島町介護従事者就労定着支援金交付申請書、添付書類及びこの誓約書の内容に虚偽・不正があった場合や、当該事業所に就労した日（資格を得た後に申請した者においては、資格を得た日）から1年に満たない期間に、当該事業所を退職した場合又は常勤の介護従事者として勤務しなくなった場合は、速やかに支援金を全額返還いたします。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(自署)