様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）

岩国市長　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

電話番号

岩国市介護支援専門員就労促進・継続支援給付金支給申請書

　岩国市介護支援専門員就労促進・継続支援給付金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別（該当するものに☑） | 区分 | 給付金額 |
| 介護支援専門員就労促進給付金 | |
| □介護支援専門員就労促進給付金 | 10万円 |
|  | |
| 介護支援専門員継続支援給付金 | |
| □介護支援専門員専門研修／更新研修（専門研修課程Ⅰ） | １万円 |
| □介護支援専門員専門研修／更新研修（専門研修課程Ⅱ） |
| □介護支援専門員更新研修（実務経験なし） |
| □介護支援専門員再研修 |
| □主任介護支援専門員研修 | ２万円 |
| □主任介護支援専門員更新研修 |
| □介護支援専門員実務研修 |
| 就労先事業所 | 名称 | |
| 所在地 | |
| 就労開始年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 添付書類 | １　誓約書（様式第２号）  ２　岩国市介護支援専門員就労促進・継続支援給付金就労（予定）証明書（様式第３号）  ３　介護支援専門員証の写し  ４　研修を受けた場合にあっては、各研修の修了証明書の写し | |