様式第３号（第５条関係）

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

　　　　　　　　申請者 住所

氏名

（雇用主記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 就労先事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 就労期間 |
| 介護支援専門員就労促進給付金に該当する場合 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（又は証明日現在まで）介護支援専門員として勤務 |
| 介護支援専門員継続支援給付金に該当する場合 | 　　　年　　月　　日から介護支援専門員・主任介護支援専門員として市内にある事業所に　勤務　・　勤務予定※どちらかに○をしてください。 |
| 職性・就労形態（該当するものに☑） | □介護支援専門員　□主任介護支援専門員 |
| 上記のとおりであることを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　雇用主（事業主）　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（担当者名）　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）本件責任者氏名　　　　　　　　　　　本件担当者氏名　　　　　　　　　　　 |