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

岩国市介護福祉士就職支援給付金支給申請書

　岩国市介護福祉士就職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。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 介護福祉士としての勤務開始年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 岩国市介護職就職支援給付金受給の有無 | 有　　　　　　　　　　　　無（申請額50,000円）　　　（申請額100,000円） |
| 添付書類 | １　誓約書（様式第２号）２　岩国市介護福祉士就職支援給付金勤務証明書（様式第３号）３　介護福祉士登録証の写し（※申請時において、資格登録日の属する年度から起算して５年以内の人が、給付金の対象となります。）４　その他市長が必要と認める書類 |