

令和6年度大津市介護職キャリアアップ促進給付金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

(申請者)

住 所

氏 名

㊞

電話番号

大津市補助金等交付規則第4条第1項の規定により、令和6年度大津市介護職キャリアアップ促進給付金の支給について次のとおり申請及び請求します。

1 申請額及び請求額 30,000円

振込先口座情報

※本人名義の口座に限ります。

金融機関名		銀行・金庫・農協		支店・出張所・支所・代理店	
口座番号	普通	フリガナ		
		口座名義人			

- 注 1 この申請書は、申請者本人が作成してください。
 2 振込先口座の通帳の写し、介護福祉士登録証の写しを添付してください。
 3 申請日時点で、登録証に記載の登録年月日から6か月が経過している必要があります。
 4 この申請書に対する決定通知書等は、事業所を通じて送付します。

事業者証明欄

申請者_____は、 年 月 日付けで採用された職員であり、現に本事業所に就労していること及び離職の予定がないことを証明します。

証明年月日：令和 年 月 日

(法人)所在地

名 称

職・氏名

㊞

電話番号

担当者名

(事業所)所在地

名 称

サービスの種類

電話番号