

年 月 日

安来市長 様

（申請者）住 所
氏 名

（記名押印又は署名）

電話番号

介護人材就業継続支援補助金交付申請書

安来市介護人材就業継続支援補助金交付要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。

就 業 先 事 業 所	所在地 名 称
対 象 者 要 件 （該当に ☒ ）	☐ 介護福祉士等の資格を有する者 ☐ 学校教育法に掲げる学校等（※ 1）を卒業し、1 年を経過しない者 ☐ 外国人介護人材
就 業 開 始 年 月 日	年 月 日
勤続経過月数 （該当に ☒ ）	※ 2 ☐ 6 月 ☐ 2 4 月 ☐ 3 6 月 ☐ 4 8 月 ☐ 6 0 月
申 請 額 （ 請 求 額 ）	円
備 考	

※ 1 中学校、高等学校、特別支援学校中学部・高等部、高等専門学校、短期大学、専修学校又は大学
その他これらに類するものとして市長が認める学校、機関等

※ 2 産前産後休暇以外で、無給の休暇等を取得した月数（勤務した日のある月を除く。）を除算する。

添付書類

- （ 1 ）雇用証明書（様式第 2 号）
- （ 2 ）履歴書
- （ 3 ）誓約書兼同意書（様式第 3 号）
- （ 4 ）住民票の写し
- （ 5 ）市税の滞納がない旨を証明する書類
- （ 6 ）資格等を有することを証する書類の写し（第 3 条第 4 号アに該当する者のみ）
- （ 7 ）学校等の卒業証明書等卒業したことを証明する書類の写し（第 3 条第 4 号イに該当する者のみ）
- （ 8 ）在留カードの写し（第 3 条第 4 号ウに該当する者のみ）
- （ 9 ）債権者登録依頼書
- （ 1 0 ）その他市長が必要と認める書類