

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

鯖江市長 殿

申請者 所在地 〒
(請求者) 名称
代表者 職・氏名
電話番号

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付申請書兼請求書
(資格取得奨励金・言語聴覚士配置奨励金・歯科衛生士配置奨励金)

鯖江市介護人材確保・充実奨励金交付事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|--|---|----|---|--|--|--|
| 奨励金の種別 | <input type="checkbox"/> 資格取得奨励金 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士配置奨励金 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士配置奨励金 | | | | | |
| 対象従事者氏名 | | 職種 | | | | |
| 勤務する事業所の名称 | | | | | | |
| 勤務する事業所の所在地 | | | | | | |
| 勤務年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 資格取得(修了) | | | | | | |
| 資格取得(修了)年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 交付申請額 | 円 | | | | | |
| 振込口座についてはどちらかに☑して、口座内容を下記欄に御記入ください。 <input type="checkbox"/> 市の債権者登録の口座に振り込みを希望します。(コピー不要) <input type="checkbox"/> 市の債権者登録はしていないので通帳のコピーを添付します。 | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 支店 農業協同組合 | | | | | |
| 口座の種類 | 当座 ・ 普通 | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 口座名義名 (※申請者と同一) | | | | | | |