

別記第1号様式

函館市介護人材等地域定着奨励金支給申請書

年 月 日

函館市長 様

住 所

申請者 氏 名

連絡先

函館市介護人材等地域定着奨励金の支給に関し、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 新規就労奨励金

申請する額			円
介護福祉士資格の有無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
就労した事業所	名称		
	住所		
就労を開始した日	年	月	日
基準日	年	月	日

※1 介護福祉士資格の有無で「あり」とした場合は、介護福祉士資格登録証の写しを添付すること。
※2 基準日： 初めて市内の事業所で正規雇用かつ常勤の介護職等として就労を開始した日。ただし、当該事業所との雇用契約書等において、試用期間等の定めがある場合は、試用期間等を終えた日の翌日。

2 継続就労奨励金

申請する額			円
就労している事業所	名称		
	住所		
対象となる月数			か月