

# 記載例

## 尾道市介護人材確保・定着支援事業補助金交付申請書

申請書を提出する日 年 月 日

尾道市長様

申請者住所 尾道市久保一丁目15番1号

氏名 尾道花子

電話番号 (0848) 38 - \*\*\*\*

事業所、学校で受講ではなく、実務経験の場合、実務経験と記入

尾道市介護人材確保・定着支援事業補助金の交付について、添付書類を添えて次のとおり申請します。

資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	<input checked="" type="checkbox"/> 実務者研修
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	※補助金申請に関する資格として、いずれか1つをチェックしてください。
	資格取得年月日	年 月 日 ※資格取得後1年以内であること。
受講先	受講した事業所又は学校名	****学校
就労先	就労した事業所名	〇〇訪問介護事業所
	所在地	尾道市**町111-1
	就労(雇用契約締結)年月日	年 月 日 ※就労後1年以内であること。
	職種	訪問介護業務 ※介護職に限る。

### ◎納税等に関する申出欄

尾道市長様

納税の滞納がない場合、署名

私は、私が住んでいる自治体の市税等に滞納はありませんので、補助金の交付を申請します。

ゆうちょ銀行またはその他の金融機関のいずれかの欄に記入(申請者本人の名義に限る)

氏名 尾道花子

審査役が決定した場合は、介護人材確保・定着支援事業補助金を次の口座に振り込んでください。

ゆうちょ銀行	記号番号																		
口座名義 (申請者の名義に限る。)	フリガナ																		
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	三原	銀行	金庫	組合	農協	店舗名	駅前	支店	支所										
預金種別	普通	その他( )	口座番号 (右づめで記入)	0	1	2	3	4	5	6									
口座名義 (申請者の名義に限る。)	フリガナ	オノミチ ハナコ																	
		尾道花子																	

### ◎尾道市記入欄

交付結果	交付	不交付	受付番号			
			受付年月日	年	月	日
交付額	円	公印承認	決裁年月日	年	月	日
			係員	係長	課長	
(不交付の場合は、その理由)						

※添付書類 ① 誓約書 ② 就労証明書兼推薦書 ③ 介護職員初任者研修・実務者研修修了者は、修了証明書の写し ④ 介護福祉士資格取得者は、登録証の写し ⑤ 尾道福祉専門学校卒業生は、卒業証書の写し

誓約書

尾道市長様

私は、今後3年以上、現在就労中の市内の介護保険事業所等で介護に従事することを誓います。

申請書を提出する日

年 月 日

住 所 尾道市久保一丁目15番1号

氏 名 尾道 花子

# 記載例

## 就 労 証 明 書 兼 推 薦 書

証明書兼推薦書作成日  
※必ず記入

年 月 日

尾道市長様

(雇用主) 所在地 尾道市\*\*町222-2

法人名 (株)\*\*\*

代表者名 代表取締役\*\*\*\*\* ①

電話番号(連絡先) 0848-37-\*\*\*\*\*

次の者を尾道市介護人材確保・定着支援事業の申請該当者として推薦するとともに、次のとおり証明します。

**雇用主様へ** この証明書は、介護人材確保・定着支援事業の補助金交付を決定するための大事な資料になります。証明書の内容が事実と相違している場合は、交付が取消し(交付後は返還)になりますので、正確に記入してくださいますようお願いいたします。

就 労 者 住 所	尾道市久保 町 15 番 1 号 一丁目 番地	
就 労 者 氏 名	尾道 花子 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px;">介護保険法による事業所であること。</span>	
就 労 場 所	事業所名	〇〇訪問介護事業所
	所在地	尾道市**町111-1
業 務 内 容 ※介護職に限る	訪問介護業務	
就 労 時 間	8 時 30 分 ~ 17 時 30 分	一年間を平均して 週平均 40 時間
就 労 日 数	☉月・☉火・水・☉木・☉金・☉土・日	一年間を平均して 月平均 21 日
就 労 年 月 日 (雇用契約締結年月日)	平成28 年 4 月 1 日 ※就労後1年以内であること。	
就 労 状 況 チェックしてください。	上記の者は <input checked="" type="checkbox"/> 新規採用職員である。 <input type="checkbox"/> 新規採用職員ではない。 <input checked="" type="checkbox"/> 同一系列施設等からの異動ではない。 <input type="checkbox"/> 同一系列施設等からの異動である。 <input checked="" type="checkbox"/> 長期休暇取得中ではなく、現に就労中である。 <input type="checkbox"/> 長期休暇取得中である。	
事業所の状況 チェックしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 休止・廃止の予定がない。 <input type="checkbox"/> 休止・廃止の予定がある。	

※日付の記載のないもの及び補助金交付申請日(提出日)から起算して2週間以上経過したものは無効です。