様式第2号(第4条関係)

　　年　　　月　　　日

南越前町長　殿

申請者　　　所在地　〒

(請求者)　　名　称

代表者　職・氏名

電話番号

南越前町介護人材確保・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・管理栄養士配置奨励金）

南越前町介護人材確保・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 | □　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　□　管理栄養士配置奨励金 |
| 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。□町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) □町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) |  |