第１号様式（第６条関係）

奈良市介護福祉士キャリアアップ促進事業給付金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）　奈良市長

奈良市介護福祉士キャリアアップ促進事業給付金の交付を受けたいので、奈良市介護福祉士キャリアアップ促進事業給付金交付要領第６条の規定により、次のとおり申請します。併せて、同要領第４条に規定する交付対象者の要件を満たしていることを誓約します。また、同要領第７条に規定する個人情報の利用について同意します。

申請者	フリガナ 氏名	
	住所	〒
	電話番号	
交付申請額		３０，０００円
介護福祉士合格年月日		年　　月　　日
介護福祉士登録年月日		年　　月　　日

〈振込先口座情報〉

金融機関名		金融機関コード				店舗名		店舗コード		
銀　行 信用金庫 信用組合 農　協						本　店 支　店 支　所 出張所				
種目		口座番号						口座名義人（フリガナ）		
1　普通預金 2　当座預金 3　その他										
支払い方法		口座払								

〈在籍証明〉

※事業者の方が記入してください。

在籍証明

年　　月　　日

事業者　所在地

法人名

代表者職名・氏名

下記の者について、　　年　　月　　日現在当法人に在職していることを証明します。

申請者	氏名	
	住所	〒
	生年月日	
	勤務先	（事業所番号） （事業所名） （サービス種別）
	職種 （該当に○）	1.介護職員のみ 2.介護職員以外の職種との兼務有り →兼務有りの場合、下記の（　）内に時間数を記入してください。 （直近 6 か月の勤務時間の合計　　時間） （うち、介護職員としての勤務時間　　時間）
	勤務期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日現在まで

事業者担当者名	電話番号