第１号様式（第６条関係）

記載例

赤字箇所を記載してください。

給付金交付申請書兼請求書

令和９年１月１日

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	ナラシ　カイゴ 奈良市　介護
	住所	〒630-8580 奈良県奈良市二条大路南一丁目 1-1
	電話番号	0742-34-5422
交付申請額		３０，０００円
介護福祉士資格合格日		令和８年○月○日
介護福祉士登録年月日		令和８年○月○日

合格証書に記載された年月日を記入。

相手方登録申請と同一の口座情報を記入。

登録証に記載された年月日を記入。

〈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	○○○○○○○	ナラシ　カイゴ 奈良市　介護
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

令和 9 年 1 月 1 日

事業者　所在地　奈良市〇〇〇〇〇

法人名　株式会社〇〇

代表者職名･氏名　代表取締役　〇〇

下記の者について、令和 9 年 1 月 1 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	奈良市　介護
	住所	〒630-8580 奈良県奈良市二条大路南一丁目 1-1
	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	勤務先	（事業所番号）29〇〇〇〇〇〇〇〇 （事業所名）奈良市役所デイサービス （サービス種別）通所介護
	職種 （該当に〇）	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　960　時間） （うち、介護職員としての勤務時間　600　時間）
	勤務期間	令和 6 年 4 月 1 日 ～令和 9 年 1 月 1 日現在まで
事業者担当者名　〇〇		電話番号　〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

在籍証明を記入した担当者の情報を記入。