様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

医療、介護及び障害福祉人材確保奨励金交付申請書

勝山市長　様

申請者

住所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話番号

医療、介護及び障害福祉人材確保奨励金交付事業実施要綱第５条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請に係る審査及び決定後の状況確認に当たり、市長が納税状況等その他必要な事項を調査することに同意します。

勤務する医療機関等

申請区分（該当するものに〇を付けてください）	１　医療機関従事者 ２　介護サービス従事者 ３　障害福祉サービス等従事者
勤務する事業所等の名称	
勤務する事業所等の所在地	電話番号
職種	
勤務することとなった日	年　　月　　日

資格等

医療及び介護に関する資格	□あり（　　）　□なし

これまでの勤務歴等

市内での勤務歴の有無	□なし □あり 事業所名： 就業期間：　　～

添付書類

・雇用契約書の写し、就業証明書等、雇用の確認ができるもの
・資格がある者は、資格者証等の写し
・市外に住所を有する者は、納税証明等納税状況が確認できるもの