

様式第1号（第5条関係）

## 勝山市医療、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

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

勝山市医療、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、市長が住民基本台帳及びその他必要な事項を調査すること、また、勝山市教育委員会に当該申請に係る情報を提供することに同意します。

申請区分（該当するものに○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	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
--------------	--

住民基本台帳登録日（新規卒業者であって、従前から登録のある者は記入不要）

勝山市の住民となった日	年 月 日
-------------	-------

添付書類

- ・住民票及び戸籍の附票  
（転入日以前3年間、勝山市の住民基本台帳に登録されていないことが分かるもの）  
（新規卒業者であって、従前から登録のある者は戸籍の附票は不要）
- ・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
- ・卒業証書の写し等、新規卒業者であることが分かるもの