様式第11号（第14条関係）

南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金返還免除申請書

年　　　月　　　日

　　南伊勢町長　　　　　　　様

所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

　　　　　年　　月　　日付けで返還命令を受けた南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金について、下記のとおり返還の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　返還免除を申請する介護事業所等の名称

２　返還免除を申請する対象雇用者の氏名

３　既受領補助金額　　　　　　　　　　　円

４　返還免除を申請する額　返還命令額　　　　　　円のうち　　　　　円

５　返還免除を申請する理由

６　添付書類　返還免除を申請する理由が分かる書類

　　　　　　　(戸籍抄本、死亡診断書の写し、障害者手帳、医師の診断書等)