様式第1号（第5条関係）

年　　　月　　　日

　　南伊勢町長　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

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交付申請書

　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の交付を受けたいので、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交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて申請します。

１　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　円

２　補助金対象介護職員等の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護福祉士 | 名 | 精神保健福祉士 | 名 |
| 社会福祉士 | 名 | 相談支援専門員 | 名 |
| 介護支援専門員 | 名 | 理学療法士 | 名 |
| 看護師 | 名 | 作業療法士 | 名 |
| 実務者研修修了者 | 名 | 言語聴覚士 | 名 |
| 初任者研修修了者 | 名 | 歩行訓練士 | 名 |
|  |  | その他の職員 | 名 |

３　雇用した日　　　　　　　年　　月　　日

４　添付書類

　(1)　対象雇用者の身分証明書（免許証等）の写し

　(2)　対象雇用者が資格を証する書類の写し（有資格者の場合）

　(3)　雇用契約証明書又は雇用期間及び勤務条件の分かる雇用契約書等

　(4)　対象雇用者の履歴書の写し