

佐渡市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

㊟

医療・介護・福祉の人財育成及び確保事業補助金交付申請書

下記のとおり補助金の交付を受けたいので、佐渡市医療・介護・福祉の人財育成及び確保事業補助金交付要綱第 4 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助対象事業名	就業支援：施設見学旅費（※1）・面接旅費・就業支度金（※2） 定着支援：住宅支援（※2）
2 補助金交付申請額	円
3 就業前の状況 (就業支度金の場合○を記入してください。)	学生 ・ 市外で就業 ・ 市内で他業種に就業 ・ 無職
4 面接又は就業先	住 所： 名 称：
5 就業開始年月日 (就業支度金の場合記入してください。)	年 月 日
6 住宅手当の有無 ※3	有（ 円/月） ・ 無
7 住宅の種類	一戸建借家 ・ アパート ・ その他（ ）
<p>佐渡市医療・介護・福祉の人財育成及び確保事業補助金交付要件確認のため、住民基本台帳及び市税等の滞納状況を確認されることを承諾します。</p> <p>また、必要があるときは、私が勤務する事業所へ確認されることを承諾いたします。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>	

※1 施設の見学実施日及び参加者の氏名、住所等の見学者の実績を別添資料として提出すること。

※2 宣誓書（様式第 13 号）を添付してください。

※3 住宅手当支給証明書（様式第 14 号）を添付してください。

【面接又は就業先証明欄】

ここからは、面接先又はお勤め先の事業所から記載及び証明を受けてください。

面 接 ・ 雇 入 証 明 書	
上記申請者は、	年 月 日に 面接 ・ 雇入 したことを証明します。
年 月 日	所在地
	事業所名
	代表者名
	連絡先
	㊟