

様式第 1 号

年 月 日

交野市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

交野市介護人材確保支援事業補助金交付申請書

交野市介護人材確保支援事業補助金について、下表のとおり関係書類を添えて申請します。

	区 分	交付対象者	交付額
	有資格者 A 1	市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 1 年を経過したもの	5 0 , 0 0 0 円
	有資格者 A 3	有資格者 A 1 の補助交付を受けたものの内、市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 3 年を経過したもの	5 0 , 0 0 0 円
	有資格者 B 1	市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 1 年を経過したもの	4 0 , 0 0 0 円
	有資格者 B 3	有資格者 B 1 の補助交付を受けたものの内、市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 3 年を経過したもの	4 0 , 0 0 0 円
	無資格者等 1	市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 1 年を経過したもの	2 5 , 0 0 0 円
	無資格者等 3	無資格者等 1 の補助交付を受けたものの内、市内の介護保険サービス事業所等に就労した日を起算日として 3 年を経過したもの	2 5 , 0 0 0 円

※今回申請する区分に該当するものに○を記入ください。