交野市長 様

申請者住所

申請者氏名 電話番号

交野市福祉人材確保支援事業補助金交付申請書

交野市福祉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 1	市内の障がい福祉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	50,000円
有資格者3	有資格者1の補助交付を受けたものの内、市内の障がい福祉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	50,000円
無資格者等1	市内の障がい福祉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	25,000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 障がい福祉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	25,000円

[※]今回申請する区分に該当するものに○を記入ください。