別記様式第１号（第６条関係）

近江八幡市介護人材再就職支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

近江八幡市長　宛

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

　近江八幡市介護人材再就職支援事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

交付申請額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就業先介護事業所 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 就職年月日 | 　　　　年　　　月　　　日※令和２年４月１日以降であること。※直近の離職日から６ヵ月以上経過していること。 |
| 介護業務経験 | 施設名 |  |
| 勤務期間 | 　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで※１年以上の業務経験が必要です。 |
| 直近離職日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 保有資格 |  | 介護福祉士 |
|  | 実務者研修 |
|  | 介護職員基礎研修 |
|  | 介護職員初任者研修 |
|  | 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修１級課程 |
|  | 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修２級課程 |
|  | 該当なし |