

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

障害福祉資格取得促進支援金交付申請兼請求書

魚沼市障害福祉資格取得促進支援金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉資格取得促進支援金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

交 付 申 請 額	円	
対 象 資 格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	
勤 務 先	事 業 所 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
就 業 年 月 日	年	月 日
資 格 取 得 年 月 日	年	月 日

【添付書類】

- 有資格者であることを証する書類の写し 勤務証明書(別紙1)
 市税の納税証明書(未納がない証明) 誓約書(別紙2)

振込先口座 (申請者名義のもの)

金融機関名	銀行・信用組合 金庫・農協	本店・支店 支所	
フリガナ	-----	口座 番号	普通 ・ 当座
口座名義			

※ 通帳の写し(カナ氏名・支店名が確認できるページ)を添付してください。