

介護人材発掘支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日			
新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様			
申請者		住所	
		法人名	
		法人代表者名 ㊟	
<p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合介護人材発掘支援事業補助金交付要綱の規定による補助金の交付を受けたいので、同要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。</p>			
紹介者	住所		
	氏名		
紹介され雇用した職員 ※雇用契約書別添付	住所		
	氏名	性別	男・女
	生年月日	年 月 日	
	雇用年月日	年 月 日	
補助要件の確認	(1) 同一法人またはグループ法人内の別事業所への雇用替え		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
	(2) 管内介護事業所等間での雇用替え		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
	(3) 今までにこの補助金を受けたことがある		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
紹介者と雇用者の関係 ※具体的に分かるように			
紹介者に支払った謝礼 ※領収書等写し添付	謝礼額	円	
	支払年月日	年 月 日	
補助金申請額 ※支払った謝礼額の1/2の額 (1円未満切捨て)		円	
添付書類	① 労働条件通知書及び雇用契約書の写し ② 紹介者の身分を証明する書類の写し ③ 謝礼等の領収書の写し ④ 謝礼根拠規定・広報誌など、制度を紹介するものの写し		

上記の補助金を下記の金融機関口座へ振り込んでください。

(振込先) ※ゆうちょ銀行への振り込みをご希望の場合は、店名・口座番号を記入することもできます。

金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店												
	組合・信漁連		支所・出張所												
預金種別	普通・当座		口座番号												
ゆうちょ銀行	記号					0	番号								
口座名義(カキ)															