第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）愛川町長

住　所

申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

愛川町介護・看護・保育職等復職等奨励助成金交付申請書

愛川町介護・看護・保育職等復職等奨励助成金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり助成金を申請します。

１　交付申請額　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

（1）住民票の写し

（2）就労先の在籍証明書（第２号様式）

（3）誓約書（第３号様式）

（4）修了証明書（保有資格の証明書類）の写し

（5）その他町長が必要と認める資料

３　就労機関名

名称

就職年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

４　直近の勤務先又は就学先の状況

名称

所在地

離職又は卒業年月日　　　　年　　　月　　　日

離職証明（任意様式）を添付してください。

※第３条第１号に伴い、離職後１年以上経過しなければ申請できません。

〈同意欄〉

　私は、復職等奨励助成金の申請にあたり、愛川町が次の事項について行うことに同意します。

（1）町税等の納付状況

（2）施設等に就労後、１年が経過するまでの間、その就労の有無を確認すること。

年　　　月　　　日　　住所

　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞