

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

都 留 市 長 様

申請者 事業所住所

事業者名

(従業員の場合は従業員名)

代表者氏名

㊟

電話番号

都留市介護人材確保支援事業補助金交付申請書

都留市介護人材確保支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

交付申請額

円 (内訳表の合計額)

内訳表

区 分	補助金の額
介護職場未経験者等雇用支援金	円
介護職員初任者研修助成支援金	円
合 計	,000 円 [1,000 円未満は切り捨て]