

(表)

様式第1号(第5条関係)

士別市介護従事者確保緊急支援リスタート支援事業補助金 交付申請書兼実績報告書

年 月 日

士別市長 様

申請者氏名

士別市介護従事者確保緊急支援リスタート支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、その実績を報告します。

申請者	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
補助金交付申請額		円
就労先 職種の 資格の有無	事業所名	
	就労日	年 月 日
	職種	介護職員等 ()
	資格の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	資格名	
添付書類	<input type="checkbox"/> 雇用証明書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> リスタート支援実務経験証明書 (様式第3号) 又はこれに代わる書類 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等に提出した履歴書の写し <input type="checkbox"/> 市税納付状況確認に係る同意書 <input type="checkbox"/> 連帯保証書 (様式第4号) <input type="checkbox"/> 資格を証明する資格証等の写し (資格取得者) <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類	

※介護職員等…訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、看護職員、介護支援専門員、生活相談員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、栄養士、福祉用具専門相談員、支援員、介護助手

※資格…介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者 (介護職員基礎研修、訪問介護員養成研修 (ホームヘルパー) 1級課程、2級課程を修了した方を含む。)、看護師及び准看護師、介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、栄養士、福祉用具専門員

(裏)

誓約書 兼 同意書

年 月 日

士別市長 様

本人氏名

士別市介護従事者確保緊急支援リスタート支援事業補助金を受けることになった場合は、次の事項を誓約又は同意します。

1. 次に掲げる条件に該当したときは、速やかに補助金を返還します。
 - ア 正当な理由なく、補助金の交付の日に就労していた者が、介護サービス事業所等を補助金の交付の日から1年以内に退職したとき。
 - イ 正当な理由なく、就労を予定していた者が、介護サービス事業所等に就労しなかったとき。
 - ウ 正当な理由なく、就労を予定していた者が、就労したのち就労日から1年以内に退職したとき。
2. 上記1の期間中に士別市介護従事者確保緊急支援リスタート支援事業補助金交付要綱第3条に掲げる条件を満たさなくなったときは、速やかに補助金を返還します。
3. (士別市に住民登録がない場合) 士別市に住民登録を行います。
4. 本補助事業の効果検証のため、補助金受給後に在職状況を就労先に照会することに同意します。(効果検証目的以外の照会を除く)