

(表)

様式第1号(第6条関係)

士別市介護従事者確保緊急支援家賃支援事業補助金 交付申請書

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家賃支援事業補助金交付要綱第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。また、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)

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
家賃		月額 円(共益費、駐車場料等除く。)
就労先種 就職	事業所名	
	就労日	年 月 日
	職種	介護職員等()
添付書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <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"/> 雇用契約書の写し又はこれに代わる書類 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅等賃貸契約書の写し又はこれに代わる書類 <input type="checkbox"/> 卒業日が確認できるもの(大学、高等学校若しくは養成施設等を卒業してから3月以内に初めて就労した者) <input type="checkbox"/> 住宅手当の金額が確認できるもの(住宅手当を受給している者) <input type="checkbox"/> 市税納付状況確認に係る同意書 <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

(裏)

補助金交付申請額 内訳	家賃 (月額)	A	円
	住宅手当支給額 (月額)	B	円
	補助対象額	$C = (A - B)$	円
	補助率	D	1 / 2
	1 月あたりの補助金額 (上限 25,000 円)	$E = C \times D$	円
	補助対象月数	月分 ~ 月分 F	月
	交付申請額 (1,000 円未満切捨て)	$G = E \times F$	円

※補助対象者 1 人につき通算 12 月を上限とする。

※一の年度における補助金の額は、25,000 円に補助金の交付を受けようとする年度の補助対象期間の月数を乗じて得た額を上限とする。