

西宮市介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給申請書兼請求書

西 宮 市 長 宛

(申請者) 〒

法人所在地

法人名

代表者職・氏名

介護予防・生活支援員雇用促進給付金の支給を受けたいので、介護予防・生活支援員雇用促進給付金支給要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

事業所名	
対象者（介護予防・生活支援員）の氏名	
上記対象者を雇用した日	年 月 日
本市指定家事援助限定型訪問サービスに30回目に従事した日	年 月 日
申請（請求）金額	50,000円
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 支給申請を行う事業者が対象者を雇用した日を証する書類の写し <input type="checkbox"/> 対象者が支給申請を行う事業者において、雇用した日の翌日から起算して6箇月以内に本市指定家事援助限定型訪問サービスに <u>30回以上</u> 従事したことを証する書類（様式第2号）

上記請求代金は下記の預金口座に振り込んでください。なお、この口座振替をもって支払の効力を生ずることについて異議ありません。

※申請者である法人名義の口座を指定してください

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通・当座・その他()					
			口座番号						
	金融機関コード	店舗コード							
	フリガナ								
	口座名義人								