

年 月 日

明石市介護支援専門員継続支援給付金交付申請書兼請求書

明石市長 様

みだしの支給を受けたいので、必要書類を添えて申請するとともに、請求をおこないます。

1 【申請者情報】

申請者	フリガナ			印	
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(満 歳)
	住所	〒 (-)			
	受講研修名	介護支援専門員更新研修		・	主任介護支援専門員更新研修
	給付金額	3 万円			5 万円
	研修修了日	年	月	日	
連絡先	() - (自宅・携帯) ※該当するものに○を付けてください。				

2 【勤務先情報】

勤務先	名称			
	勤務開始日	年	月	日 ~
	所在地	〒 (-)		
	連絡先	() -		
	上記のとおり在籍し、介護支援専門員又は主任介護支援専門員として勤務していることを証明します。 (法人住所) (法人名) (代表者氏名) 印 (代表者印)			

3 【振込先口座】

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
		1. 普通預金								
		2. 当座預金								
		3. その他								
金融機関コード		店舗コード								
フリガナ										
口座名義人										

※振込先にゆうちょ銀行を指定する場合には、口座番号の下1桁「1」を除いて記入してください。

4 【必要書類】

- ・別表第3に掲げる研修を終了したことを証明する書類の写し
- ・身分証明書の写し（氏名、住所、生年月日が確認できるもの）