様式第１号（第５条関係）

能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金支給申請書

年　　　月　　　日

（宛先）　能登町長

　住　所　　能登町字

申請者　　氏　名

　　　　　（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金の支給を受けたいので、能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金支給要綱第５条の規定により、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就業介護保険施設等名 | | |  | |
| 更新した資格  ※該当するいずれかの欄に○をつけること。 | | |  | 介護支援専門員 |
|  | 主任介護支援専門員 |
| 振込先 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 | | | |
| 本店・本所・支店・出張所 | | | |
| 口座種別 |  | | |
| 口座番号 |  | | |
| 口座名義人 |  | | |
| フリガナ |  | | |

私は、能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金支給要綱第７条の規定により申請者の助成金を返還する場合は、その連帯保証人となることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連帯保証人 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 連絡先電話番号 |  |

※添付書類：能登町介護支援専門員資格更新に係る助成金支給要綱別表第２に定める書類。