様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　竹原市長　様

（申請者）住　　所

氏　　名

電話番号

竹原市障害福祉職員応援給付金支給申請書

　竹原市障害福祉職員応援給付金の支給を受けたいので、竹原市障害福祉職員応援給付金支給要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請金額 | 円 |
| 給付金の種類  （該当に☑） | * 初年度給付金 * 勤続３年給付金 * 住居移転費用 |
| 勤務する事業所の  名称 |  |
| 勤続期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日まで  うち、休業期間（３０日を超えるもの）及び理由  　期間：　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  理由：  期間：　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  理由： |
| 添付書類 | ⑴ 誓約書兼同意書（様式第２号）  ⑵ 雇用証明書（様式第３号）  ⑶ 履歴書（※）  ⑷ 竹原市内に住所を有していない人は、住民票の写し（※）   * 初年度給付金申請時から内容に変更がない場合は、添付を省略することができます。 |