様式第１号(第５条関係)

年　　　月　　　日

隠岐の島町長　　　様

申請者　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人名等

代表者氏名

福祉・介護職員処遇改善補助金交付申請書

このことについて、補助金の交付を受けたいので、隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金交付要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１．補助事業名　　隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金

２．交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　内容

|  |  |
| --- | --- |
| 処遇改善加算による賃金改善実施期間 | 　　　　年　　月　～　年　 　月 |
| 福祉・介護職員常勤換算人数（賃金改善期間の見込人数） | 　　　　　　　　　人 |

３．添付書類

⑴福祉・介護職員常勤換算計算表(様式第２号)

⑵福祉・介護職員処遇改善計画書の写し

⑶その他町長が必要と認める書類