

(様式1)

令和 年 月 日

## 介護職員育児支援事業費補助申請書

介護職員育児支援事業費の補助を受けたいので、介護職員育児支援事業費補助事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

法人等の名称	
事業所等の名称	
事業所代表者	役職： 氏名： <input type="checkbox"/> 公印
事業所の住所	〒( )-( )
電話番号等	TEL：( ) - FAX：( ) -
この事業担当者名	役職： 氏名：
申請内容	(番号を○で囲む) 1 育児支援サービスの利用に係る補助 2 臨時的な看護職員等の配置に係る補助
現任介護職員氏名	役職： 氏名：

注1) この申請書は、現任介護職員1名に対して1枚使用し、複数名の場合はコピーでの対応をお願いします。

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 様

《関係書類》

- ① 介護職員育児支援事業費補助請求書(様式2) 1部
- ② 申請事業所の育児支援費用負担を明示した規程等の写し 1部

【送付先】 〒030-0822 青森市中央三丁目20番30号 県民福祉プラザ2階  
社会福祉法人青森県社会福祉協議会 福祉人材課  
TEL 017-777-0012 FAX.017-777-0015