

大泉町介護従事者等宿泊費用助成金交付申請書

年 月 日

所在地
事業所名
事業主名
連絡先

大泉町介護従事者等宿泊費用助成金交付要項に規定する施設に宿泊しましたので、同要項の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、下記宿泊者は、大泉町介護従事者等宿泊費用助成金交付要項に規定する介護従事者等であり、同要項に規定する施設に宿泊したことに相違ありません。また、申請内容を審査するため、町から関係書類の提出を求められた場合は、その要請に従います。

記

宿泊期間	宿泊施設名	宿泊者名及び職種	宿泊費用 (事業主負担額)	申請額
年 月 日から 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
年 月 日から 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
年 月 日から 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
年 月 日から 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
年 月 日から 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
				計 円