様式1

御浜町医療・福祉施設従事者応援事業申請書

市区町村
受付印

1. 申請者 （申請は1回の申請に限りますので、重複しての申請はできません。）

記入日	令和 2年　　月　　日

1	（ふりがな） 氏　　名	生 年 月 日	現　　住　　所
個人申請	印 （職種:　　）	□昭和　□平成 年　月　日	日中に連絡可能な電話番号　（　　）
2	事　業　所　名	申 請 件 数	事　　業　　所　　住　　所
代理申請	印	名 ※ 申請者名については、別添名簿による	事業所電話番号　（　　）

2. 申請基準（対象者）

基準日（令和2年7月1日）において、下記のいずれかの条件にあう御浜町内の施設又は、町内に住民票を有して町外の施設に在籍する者で、基準日以前において週の所定労働時間が21時間以上ある者、又週21時間以上の雇用契約がある者である。

・公的保険請求を行っている保険医療機関で、医師又は歯科医師が診療を行っている医療機関である。
・介護保険法に基づいて事業所の指定を受けて、指定居宅サービス又は指定地域密着型サービス（介護予防含む）、指定施設サービスを提供している事業所である。
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づいて事業所の指定を受けて、障害福祉サービス又は相談支援サービスを提供している事業所である。
・児童福祉法、学校教育法、子ども子育て支援法にそれぞれ基づき、認可を受けた保育所、幼稚園、認定こども園、放課後児童クラブ、地域子育て支援拠点施設である。

上記の申請者（代理申請の場合は、別添申請者）が、2の申請基準を満たした対象者であることを証明します。

①
令和 2年　　月　　日

事業主　　印

連絡先

※ 複数個所に勤務している場合は、各事業所から証明を受けてください。

②
令和 2年　　月　　日

事業主　　印

連絡先

① 事業所における、1週間の勤務実績又は雇用契約時間　：　　時間

② 事業所における、1週間の勤務実績又は雇用契約時間　：　　時間　　合計　　時間