

個人で申請する場合は、個人申請欄に申請者本人の氏名、職種、住所等を記載し、事業所がまとめて申請する場合は、代理申請欄に事業所名と取りまとめる申請者の人数、事業所の連絡先等を記載して下さい。

御浜町医療・福祉施設従事者応援事業申請書



1. 申請者

		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 (職種:) 印	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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 ()

申請者が、2の条件に合うかどうか、必ず確認してください。

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つ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。

事業所の方は、申請対象の職員が、2の条件に合うかどうかを確認した上で、証明をお願いします。
なお、1事業所で条件を満たさない場合は、それぞれの事業所で証明を受けて、合計時間が21時間以上となることが確認できるようにしてください。

① 令和 2年 月 日

事業主

連絡先

印

※ 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

連絡先

印

複数の事業所で証明を受けている場合は、それぞれ勤務する時間を記載した上で、合計時間を記載してください。

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