別紙様式１

令和４年度滋賀県介護職員処遇改善支援補助金承認申請書

番　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 | （法人の名称および代表者の職名・氏名） |
| 発行責任者・担当者 | 氏名 | （法人の発行責任者および担当者の氏名） |
|  | 連絡先電話番号 |  |

令和４年度滋賀県介護職員処遇改善支援補助金の対象団体としての承認がなされるよう、別添のとおり必要な書類を添えて申請します。

　　なお、令和４年度介護職員処遇改善支援補助金交付要綱の内容を理解し、以下の留意事項について同意します。

１　添付書類 　 介護職員処遇改善支援補助金計画書

２　留意事項

・滋賀県が滋賀県国民健康保険団体連合会へ補助金の支払を委託している場合には、委託先から補助金が支払われること。

・本補助金を債権譲渡することは適当ではないため、対象団体が管理する口座として滋賀県国民健康保険団体連合会に登録している口座に支払われること。

連絡先

|  |
| --- |
| 事業所名：〒・住所：担当者：電話：ＦＡＸ：E-mail： |