

【参考様式】

柏崎市障がい相談支援専門員定着支援金業務内容証明書

令和 年 月 日

柏崎市長 様

事業者 所在地
名称
代表者職・氏名
電話番号

柏崎市障がい相談支援専門員定着支援金交付要綱に基づく支援金の申請のため、下記の事項について相違ないことを証明します。

記

フリガナ			
申請者の氏名		生年月日	年 月 日
事業所名			
業務内容	<input type="checkbox"/> 市内の障害福祉サービス事業所において、現に相談支援専門員としての業務に従事している。 <input type="checkbox"/> 市内の障害福祉サービス事業所において、相談支援専門員として業務に従事する予定である。		
事業所において上記の業務を開始した日 (開始予定日)	年 月 日		