

【参考様式】

柏崎市介護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

柏崎市介護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"/> 市内の指定居宅介護支援事業所において、現に介護支援専門員としての業務に従事している。 <input type="checkbox"/> 市内の地域包括支援センターにおいて、現に指定介護予防支援若しくは第一号介護予防支援事業の業務に従事している。		
事業所において上記の業務を開始した日	年 月 日		