第１号様式

　　年　　月　　日

東　京　都　知　事　殿

法人の所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　年度訪問看護ステーション代替職員（研修及び産休等）

確保支援事業費補助金の交付申請について

このことについて、下記により東京都補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

記

１　代替事業の種類　　　　　　研修代替　　・　　産休等代替

２　事業所の名称　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　補助交付金申請額　　　　　金　　　　　　　　　　円

４　所要額内訳　　　　　　　　以下の様式のとおり

　　　　　　　　【共通】　様式２及び様式２－２

【研修代替】　様式２－３Ａ又は２－３Ｂ

【産休等代替】　様式２－４

５　添付書類　　　　　　　　　別紙（第１号様式関係）のとおり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　務  担当者 | 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |