

宗像市介護人材確保・定着事業補助金交付申請書

令和8年4月1日

（宛先）宗像市長

・記入箇所の明示のため赤字にしています

・実際の記入及び印刷等の際は、黒字で作成してください

[申請者] 所在地：宗像市東郷1-1-1
法人名：社会福祉法人宗像介護
代表者職・氏名：代表理事・大島 宗介 印
（自署の場合は押印不要）
担当者氏名：東郷 一郎
電話番号：0940-36-9557
メールアドレス：kakuho@jinzai.munakata.jp

宗像市介護職員人材確保・定着事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

補助事業の名称	☒ 介護人材確保事業 ☐ 介護人材定着事業 ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください
市内介護サービス事業所数	2 事業所
交付申請金額 (補助対象経費予定額を上限)	300,000 円 ※千円未満の端数を切り捨てた額
申請要件 (すべてに該当することを確認した上で、□を黒塗り(■)又はチェック)	☒ 補助金の交付の申請日時点において、介護サービス事業（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条、第8条の2又は第115条の4に規定する事業）を実施している。 ☒ 今回申請する補助対象経費について他の補助金の交付決定若しくは交付を受け、又は受けようとしていない。 ☒ 代表者又は役員に就任している者が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者でない。 ☒ 募集要領の内容を了承した上で申請する。
添付書類	・事業計画書（様式第2号） ・収支予算書（様式第3号） ・市税に滞納がないことの証明書 ・その他 ① 補助事業の概要を確認できる資料（パンフレット等の写し等） ② 補助対象経費の算出根拠となる資料（見積書等の写し等）