別記様式第８号

　　年　　月　　日

　千歳市長　様

　　　　　　　　　　　　　　法人（設置者）等　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

代表者職氏名

千歳市障がい福祉分野資格取得助成補助金対象従業者報告書

　　　　　年　　月　　日付け　　　　　　第　　　　号で額の確定を受けた千歳市障がい福祉分野資格取得助成補助金に係る対象従業者の勤務の状況について、次のとおり報告します。

１　対象従業者の氏名

２　勤務の状況

補助金の交付を受けた日（　　　　年　　月　　日）から起算して１年を経過した日において、引き続き勤務（　しています　・　していません　）。

【対象従業者が退職した場合】

３　退職年月日

　　　　　年　　月　　日

４　退職の理由

５　退職後市内の他の障害福祉事業所等に勤務している場合は、その勤務先

　　所　在　地

　　名称及び

　　代表者の氏名

６　５の勤務先の勤務期間

　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

注　補助金の交付を受けた日から１年を経過する日以前に退職した対象従業者が市内の他の障害福祉事業所等に勤務している場合は、当該障害福祉事業所等と対象従業者が雇用関係にあることを確認することができる書類を添付してください。