

様式第1号（第6条関係）

介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付申請書

年 月 日

八雲町長 様

八雲町介護職員初任者研修受講支援事業補助金の交付を受けたいので、八雲町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第6条により、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者

住所	〒		
フリガナ 氏名			
生年月日	年	月	日
電話番号			
研修の修了日	年	月	日修了
研修受講料等	円 (A)		
他の機関からの助成の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (円) (B)
補助金交付申請額	円		
	※ (A-B) ÷ 2/3 = 補助金交付申請額 (上限6万円、千円未満切捨て)		

2 補助金の振込先 (申請者名義のものに限ります。)

金融機関・支店名			
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)			

3 情報提供の同意 (同意する場合は、氏名を記入してください。)

八雲町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第9条第1項の規定により、私の介護職員初任者研修を修了した者である情報について、八雲町内に事業所を有する介護保険事業所の求めに応じ提供することに同意します。

氏名

(※情報提供に同意しない場合は記入不要です。)

4 添付書類

- (1) 受講料等の領収書の写し
- (2) 修了証明書又は受講修了を証する書類の写し
- (3) 第3条第2号に該当する場合、北海道八雲高等学校の生徒であることを証する書類の写し
- (4) 第3条第3号に該当する場合、雇用証明書 (様式第2号)
- (5) 他の機関から受講料等に対し助成を受けている場合は、助成金の額が確認できる書類の写し