

年 月 日

大川市長 様

介護職員初任者研修受講支援事業助成金交付申請書

大川市介護職員初任者研修受講支援事業助成金の交付を受けたいので、大川市介護職員初任者研修受講支援事業助成金交付要綱を遵守の上、同要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所	〒 ー 大川市 (電話番号 ー ー)	
	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
養成研修事業所	所在地	〒 ー	
	実施機関名		
研修の修了日	年 月 日		
① 助成対象経費	円		
② 当助成以外の 助成額合計	円		
③ 助成対象経費 (①－②)	(最高 50,000 円) 円		
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修実施者が発行する受講料等の領収書の写し ・ 研修実施者が発行する修了証明書の写し ・ 就業先である介護保険サービス事業所の運営法人が発行する就業証明書 		

●同意事項(□にチェックを入れてください。)

- 私は、今回の申請以前に初任者研修の受講に係る経費について、国、県、市区町村の助成金等の交付を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報(住民基本台帳、市税等の納付状況等)の提供、確認及び調査に同意します。

署名 _____