様式第１号（第５条関係）

介護職員養成研修費用助成事業補助金交付申請書

年　　　月　　　日

赤 穂 市 長 　宛

申請者　〒　　　－

住　 　所

ふりがな

氏　 　名

生年月日　　　　　　　年 　　　月　 　　日

電話番号

赤穂市介護職員養成研修費用助成事業補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 介護職員初任者研修　・　実務者研修 |
| 養成研修事業者等 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 研修修了日 | 年　　　 月　　　　日※交付申請期限は研修修了日から１年以内 |
| 補助対象経費 | 受講料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 円 |
| 教材費 | 円 |
| 交付申請額 | 円※補助対象経費の1/2（100円未満切り捨て）※初任者研修は上限35,000円、実務者研修は上限50,000円 |
| 就労先 | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 就労開始日 | 年　　　月　　　日 |
| 添付書類 | 研修修了証明書の写し受講料の領収書の写し個人情報の利用に係る同意書（様式第２号）在職証明書（様式第３号）※発行日から起算して１か月以内のもの納税証明書（市外の申請者のみ） |
| 確認事項 | 次の事項を確認し、チェックボックス☐にチェックを入れてください。* 私は赤穂市暴力団排除条例（平成24年赤穂市条例第11号）第２条に規定する暴力団員又は暴力団密接関係者ではありません。
 |