

様式第1号（第6条関係）

いなべ市介護職員初任者研修費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

いなべ市長 宛て

住所
申請者 氏名 ⑩
生年月日
電話番号

いなべ市介護職員初任者研修費助成金の交付を受けたいので、いなべ市介護職員初任者研修費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。助成決定後は、決定金額を2の振込先口座に振り込んでください。

記

1 申請の内容

| | |
|---------------------|---|
| 初任者研修修了年月日 | 年 月 日 |
| 助成対象経費 (受講料+教材費) | 円 補講料及び追試受験料は対象経費から除く。 |
| 交付申請額 | 円 助成対象経費又は50,000円を比較し少ない額 |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 研修を修了したことを証する書類の写し <input type="checkbox"/> 研修の受講料及び教材費の支払いを証する書類の写し ※ 研修名、研修実施事業者の名称、研修受講料等の内訳（受講料及び教材費）が記載されていること。 <input type="checkbox"/> 就労証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類 |
| 確認事項 (該当するものに○印) | 助成対象経費に対し、他に補助金その他これに類するものの交付を受けていない。 (はい ・ いいえ) |

2 振込先（申請者名義の口座に限る。）

| | | | |
|--------------------|-----------|------|--|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 口座種別 ※該当するものに○印 | 1 普通 2 当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

就 労 証 明 書

いなべ市長 宛て

法人所在地
法 人 名
代表者職
代表者氏名

⑩

下記の者は、介護職員として下記事業所に就労していることを証明します。

記

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 被 雇 用 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| 就 労 先 事 業 所 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| | 施設・サー ビス種別 | ※介護保険サービスを行う指定事業所のサービス名称を記載してください。（例）訪問介護 |
| 勤 務 時 間 | 介護職員として 年 月 日 から 現在 まで 3か月以上継続して就労しています。 | |
| 事 務 担 当 者 | | 連 絡 先 - - |

※被雇用者とは、介護事業所等の設置者に直接雇用されている者で、派遣社員等は含まれません。

※記載事項を訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、代表者名の欄に押印された印を押印してください。

※本証明書の有効期間は、発行日から1か月間です。