様式第１号（第６条関係）

長浜市介護職員初任者研修課程等研修費補助金交付申請書兼請求書

　　年　　　月　　　日

　長浜市長　　　あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　長浜市介護職員初任者研修課程等研修費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

　なお、他に同一の研修に対して助成・貸付を受けていないことを申し添えるとともに、必要な範囲で私の住民基本台帳、市税、介護保険料及び国民健康保険料（税）の納付に関する資料を閲覧されることについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修の受講内容 | 修了した研修※いずれかに○ |  | 介護職員初任者研修課程 |
|  | 介護福祉士実務者研修 |
| 機関名 |  |
| 所在地　 |  |
| 受講開始日 |  |
| 研修修了日 |  |
| 就業先の福祉事業所の状況 | 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 就職年月日 |  |
| 交付申請額 | 　　　　　　　円 | （Ａ）と（Ｂ）のいずれか低い額 |
| （Ａ）受講料（教材費等含む）　　　　　　　　　　　　円 … ①　　　勤務先からの補助額　　　　　　　　　　　　　　円 … ②　　　補助対象経費（①－②）　　　　　　　　　　　 円 … ③ ※千円未満切捨　　　　　　　③ × １／２　　　　　　　　　　　　　円 …（Ａ）※千円未満切捨（Ｂ）上限額　初任者研修　　５０,０００円実務者研修　１００,０００円 |
| 添付書類 | １　長浜市介護職員初任者研修課程等研修費補助金交付申請に係る雇用証明書（様式第２号）２　介護職員初任者研修課程修了証書又は介護福祉士実務者研修修了証書の写し３　受講料の領収書の写し等支払いの確認ができるもの |

（※）氏名を手書き(自書)しない場合は、記名押印をお願いします。

交付される補助金は、下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定預金口座 | 金融機関名 |  |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |

（注）口座は、補助金申請者の名義に限ります。