様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

新地町長

（〒　　－　　）

住所

（申請者）氏名（ふりがな）

電話番号

介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付申請書兼請求書

新地町介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金の交付を受けたいので、新地町介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

なお、介護職員初任者研修又は実務者研修受講費用に係る補助金の申請に当たり、受講の経費について、他の公的制度からの補助を受けていないことを申し添えます。

研修課程	□ 介護職員初任者研修　□ 実務者研修	
研修期間	年　月　日 から　　年　月　日 まで	
研修先機関名称		
交付申請額	円	
交付申請額の算出基礎	・研修の受講に要した経費（A）　　円 ・補助限度額（B） □ 介護職員初任者研修　１００，０００円 □ 実務者研修　２００，０００円 ・（A）と（B）のいずれか低い額　（１０円未満切捨て） 円	
振込先金融機関	金融機関名　（ 普通・当座・その他 ）	
	支店名	口座番号
	口座名義（ふりがな）	
添付書類	１　介護職員初任者研修又は実務者研修修了証明書の写し ２　受講料領収書 ３　個人情報の利用に係る同意書（様式第２号）又は住民票の写し及び町税納税証明書 ４　介護職員として就労していることが分かる書類（様式第３号）又は事業所の就労証明書もしくは内定通知書 ５　希望する振込先金融機関の通帳の写し	