様式第１号（第６条第１項関係）

銚子市介護職員初任者研修等費用補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

銚子市長　　　　　　　　　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

　介護職員初任者研修等費用補助金の交付を受けたいので、銚子市介護職員初任者研修等費用補助金交付要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の種類 | □　介護職員初任者研修　　　□　介護福祉士実務者研修※　該当する方に☑を入れてください。 |
| 介護職員養成研修事業者等 | 所在地 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 名　称 |  |
| 補助対象経費の内訳 | 受講料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 教材費 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 他の助成制度 | □　受けていない　　　□　受けている※　該当する方に☑を入れてください。※　他の補助を受けていると、銚子市からの補助対象とならない場合があります。 |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

添付書類

　□⑴　介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修を修了した旨の証明書の写し

　□⑵　補助対象経費に係る領収書の写し

　□⑶　就業等証明書（別記様式第２号）

　□⑷　市税等又は住所を有する市町村の市町村税を滞納していないことを証する書類

　　　　銚子市が、公簿等で市税等の納付について確認することに同意します。

　　　　　氏名

　□⑸　その他市長が必要と認める書類