様式第１号（第６条関係）　　　介護従事者養成事業助成金交付申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　興部町長　　様住　　所　　　　　　　　　　　　　申請者　事業者名　　　　　　　　　　　　　㊞代表者名　　　　　　　　　　　　　興部町介護従事者養成事業助成金の交付を受けたいので、介護従事者養成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。 |
| 対象者 | 住所 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 勤務状況 | 就業中 | 年　　　月　　　日から現在（　　年　　か月） |
| 就業予定 | 　　　　年　　　月　　　日から |
| 研修機関名 |  |
| 研修課程 |  |
| 受講等期間 | 　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 交付申請額（上限20万円） | 　　　　　　　　　　　円　※【算定表】③の2分の１の額（千円未満切り捨て） | 【算定表】研修等費用　　　　　　　　　　　円①交通費　　　　　　　　　　　　　円②小計（①＋②）　　　　　　　　　円③ |
| 対象者の助成制度利用回数（勤務満了年月） | 回目 | 　　　　　年　　　月　　　日まで（申請時現在） |
| 他制度の助成 | 　　□　なし　　　□　あり（助成金額　　　　　　　　　　　円） |
| 助成制度名 |  |
| 添付書類 | 　□　資格証、修了証明書及び受講修了を証明する書類の写し　□　受講料等の支払を証する書類の写し　□　確約書　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振　込　先 | 金融機関名 |  |
| 貯金種別 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |