様式第１号の２（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（受講者）氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  電話  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 | | | | | | | | | | | |
| 研修機関名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 研修課程 |  | | | | | | | | | | | | |
| 受講期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | |
| 交付申請額  （上限10万円） | 円  ※【算定表】③の2分の1の額  （千円未満切捨て） | | | | 【算定表】  研修等費用　　　　　　　　　　　円①  交通費　　　　　　　　　　　　　円②  小計（①＋②）　　　　　　　　　円③ | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □　修了証明書又は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・就業証明書  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 振　込　先 | 金融機関名 |  | | 支所・本店・支店・（　　） | | | | | | | | | |
| 貯金種別 | 普通 ・ 当座 | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |