

函館市介護職員等資格取得支援事業費補助金交付申請書

令和〇年△△月□□日

函館市長 様

函館市介護職員等資格取得支援事業に関し、補助金の交付を受けたいので、函館市介護職員等資格取得支援事業費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者

| | |
|--------------------------------|--|
| 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市〇〇町△-□ ※函館市外の方も可 |
| フリガナ氏名 | ハコダテ タロウ 函館 太郎 |
| 生年月日 | 昭和〇年△△月□□日 |
| 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 勤務先住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市〇〇町△-□ ※函館市内の介護サービス事業所等のみ |
| 勤務先事業所名 | 〇〇介護サービス事業所 |
| 受講研修名 | 該当する□に✓を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 □介護福祉士実務者研修 |
| 研修の修了日 | 令和〇年△△月□□日修了 |
| 受講料等支払額 | (研修実施機関に支払った金額) 円 (A) ※税込金額 |
| 介護サービス事業者等から受けている受講料等に対する助成の有無 | 該当する□に✓および金額を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (円) (B) |
| 国、道または他の地方公共団体等の同種の補助金等の利用の有無 | 該当する□に✓を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (市の事業とは併用できません。) |
| 補助金交付申請額 | (研修料の自己負担額の1/2) 円 |
| | ※(A-B)×1/2=補助金交付申請額 (1研修あたり5万円上限、千円未満端数切捨て) |

2 補助金の振込先（申請者名義のものに限ります。）

| | |
|-----------|---------------------------------|
| 金融機関・支店名 | 〇〇銀行 △△支店 |
| 口座種別・番号 | 普通・当座 番号 (1 2 3 4 5 6 7) ※7桁 |
| 名義人(カタカナ) | □□□ □□□ |

3 添付書類

- 研修の修了証明書の写し
- 研修の実施機関発行の受講料等の領収書の写し（あて名は申請者のものに限る。）
- 雇用証明書（別記第2号様式、1か月以内に発行されたものに限る。）
- 介護サービス事業者等から受講料等に対し助成を受けている場合は、当該助成を受けたことが分かるもの

※上記添付書類がすべて揃っていることを確認してから申請を行ってください。

※領収書が手元にない場合、研修の受講機関あてに再発行を依頼してください。