別記第１号様式－２（第７条第１項関係）　　　　　　　【法人申請用】

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

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 | 〒　　　　－ |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |

２　受講者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | |
| フリガナ  氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 電話番号 |  | |
| 勤務先住所 | 〒　　　　－  函館市 | |
| 勤務先事業所名 |  | |
| 受講研修名 | | 該当する□に✔を入れてください。  □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 | | 年　　　　月　　　　日修了 |
| 受講料等支払額 | | 円（Ａ） |
| 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。  □無　　□有（市の事業とは併用できません。） |
| 補助金交付申請額 | | 円 |
| ※(Ａ)×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) |

３　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 |  |
| 口座種別・番号 | 普通・当座　　番号（　　　　　　　　　　　） |
| 名義人（カタカナ） |  |

４　添付書類

　(1) 研修の修了証明書の写し

　(2) 研修の実施機関発行の受講料等の領収書の写し（あて名は法人名または受

講者名が明記されたものに限る。)

　(3) 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。）

　(4) 介護職員等に支給金を支払っている場合は，支給明細書の写し