

第1号様式（第6条関係）

日高町介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者	郵便番号	—
	住所	(電話番号 — —)
	メールアドレス	
	フリガナ	
	氏 名	印

日高町介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付を受けたいので、日高町介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

研修の種類（該当するものに○）		(1) 介護職員初任者研修	(2) 介護福祉士実務者研修
		(3) 介護福祉士	(4) 介護支援専門員
養成研修事業者等	所在地	住所 (電話番号 — —)	
	名称		
研修の修了日		年 月 日	
補助対象経費（※）	受講料	円	受験料 円
	教材費	円	登録費用 円
交付申請額		円	
添付書類	① 養成研修事業者等が発行する領収書の写し ② 同事業者等が発行する修了証明書の写し ③ 介護福祉士登録証の写し、介護支援専門員証の写し ④ 就業証明書 ⑤内定証明書（介護職員初任者研修を修了した者） ⑥ 町内に居住していることを証明する書類の写し（運転免許証等） ⑦ その他（ ）		

申立書 兼 個人情報の利用に係る同意書

日高町介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付申請にあたり、日高町税条例(平成18年条例第67号)に規定する町税に滞納がないこと、また、本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、本申請において申告するものの他、いかなる助成(本事業による補助を含む。)も受けておらず、また受ける予定でないことを申し立てます。

また、日高町役場内他課、養成研修事業者等、介護保険サービス事業者又はハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

印
