

佐川町長 様

介護職員初任者研修受講費助成申請兼請求書

下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
	郵便番号					
	住 所					
	電話番号					
他の公的制度からの助成有無申立及び個人情報の利用に係る同意		☐	この申請をするに当たり、以下の事項について申し立てます。また、個人情報の利用について以下のとおり同意します。 ・研修の受講料等について、他の公的制度から助成を受けておらず、また受ける予定がありません。 ・研修を受けた実施機関、勤務先、ハローワーク等の関係機関に対し、費用の助成に係る調査及び照会をすることを承諾します。 (チェックがない場合は、申請の受付ができません。)			
研修修了（資格取得）及び受講料等の状況		研修を受けた実施機関（養成校）	名称			
		修了日	年 月 日			
		受講に要した費用		円		
交付申請額	上限100,000円。受講に要した費用と比較して、低額となる金額を記入してください。				円	

振込先	金融機関			銀行 信用金庫 農協		支店 支所
	普通	口座番号				
	※振込先の口座は、申請者本人名義のものに限ります。					

就業証明 (勤務先証明欄)	申請者は、当法人（事業所）に勤務する介護職員であることを証明する。									
	証明日	年 月 日								
	法人名称									
	法人所在地									
	代表者職氏名	印								
	事業所名称									
	事業所所在地									
	担当者名									
	電話番号									
	事業所番号									

- 必要書類
- (1) 受講料及び教材費の領収書（申請者本人名義に発行されたものに限る。）
 - (2) 修了証明書の写し
 - (3) 町税の完納証明書