

様式第1号（第6条関係）

介護職員初任者研修等受講者支援事業助成金交付申請書

年 月 日

新温泉町長 様

(〒 -)

住 所 _____

ふりがな _____

申請者 氏 名 _____ ㊟

電話番号 _____

新温泉町介護職員初任者研修等受講者支援事業助成金の交付を受けたいので、新温泉町介護職員初任者研修等受講者支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

受 講 研 修 名 称		
介護職員 養成研修事業者	所 在 地	〒
	名 称	
交 付 申 請 額 ※助成対象経費の3/4以内の額か上限額5万円のいずれか低い方（100円未満は切捨て）		円
助成対象経費	受 講 料	円
	教 材 費 (テキスト代等)	円
研 修 受 講 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日
就労（予定）介護事業所名及び 就労（予定）年月日		就労（予定）年月日： 年 月 日

<添付書類>

- 1 受講料等領収書の写し
- 2 修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し