

年 月 日

白河市長

(〒 - )  
住所 \_\_\_\_\_

(申請者) ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

白河市介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付申請書

白河市介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金の交付を受けたいので、白河市介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、介護職員初任者研修又は実務者研修受講費用に係る補助金の申請に当たり、受講の経費について、他の公的制度からの補助を受けていないことを申し添えます。

研修課程	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 / <input type="checkbox"/> 実務者研修	
研修期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
研修先機関名称		
交付申請額	円	
交付申請額の算出基礎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修の受講に要する経費 (A) _____ 円</li> <li>・補助限度額 (B)</li> <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 60,000円</li> <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 実務者研修 200,000円</li> <li>・(A) と (B) のいずれか低い額。(10円未満切捨て)</li> <li style="text-align: right;">_____ 円</li> </ul>	
希望する支払金融機関	金融機関名 ( 普通・当座・その他 )	
	支店名	口座番号
	<small>ふりがな</small> 口座名義	
添付書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護職員初任者研修又は実務者研修修了証明書の写し</li> <li>2 受講料領収書の写し</li> <li>3 個人情報の利用に係る同意書(第2号様式)又は住民票及び納税証明書</li> <li>4 介護職員として就労していることが分かる書類(第3号様式)</li> <li>5 希望する支払金融機関の通帳の写し</li> </ol>	