

串本町介護職員初任者研修受講料助成金交付申請書

令和●年●月●日

串本町長 宛

住所 串本町サンゴ台690番地5
氏名 串本 太郎

串本町介護職員初任者研修受講料助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付に関する審査のため、私の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

交付申請額は、「受講料及び教材費」の1/2とし、50,000円が上限となります。
(千円未満の端数は切り捨てます。)

交付申請額	44,000円		
ふりがな 氏名	くしもと たろう 串本 太郎	生年月日	平成●年●月●日
住所	〒649-3592 串本町サンゴ台690番地5		
電話番号	0735-62-0562		
研修機関名	株式会社▲▲		
研修終了日	令和●年●月●日		
受講料及び 教材費	89,000円		
他制度から の助成	あり ・ なし		

添付書類

- 介護職員初任者研修の修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し
- 介護職員初任者研修受講料領収書の写し
- 介護保険事業所が発行する就業(予定)証明書(別記第2号様式)
- その他町長が指定する書類