

名寄市介護職員研修受講費用助成金申請書

年 月 日

名寄市長 様

〒

申請者 住所 _____

(受講者) 氏名 _____

電話 _____

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、支給決定のため市が保有する申請者の個人情報を利用することに同意します。

受 講 者	住 所	名寄市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
研 修 種 別	<input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修	
研 修 機 関		
受 講 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
受 講 料	円	
他機関からの助成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 金額 円	
	機 関 名	
助 成 金 申 請 額	円	
就 労 先 (内 定 先)	法 人 名	
	事 業 所 名	
	所 在 地	名寄市
	就 労 日	年 月 日
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 研修受講受付証明書又は受講受付を証明する書類の写し及び研修受講費用受領書 (受講料及び教材費が明記されたもの) <input type="checkbox"/> 市内介護保険サービス事業所等への内定又は雇用を証明する書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証、旅券、健康保険証その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し等 <input type="checkbox"/> 誓約書	

※助成金振込先金融機関

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通・当座		

〈裏面に続く〉

(裏面)

課	長	係	長	係

下記のとおり支給決定してよろしいか

決裁日 年 月 日

市 記 入 欄	証 明 書 類 確 認 欄	認 定 欄
		受講料_____円 - 他の助成額_____円 支給決定額 _____円