

名寄市介護職員初任者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 _____ (印)

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、申請に係る助成金の受領を市が指定する次の研修機関に委任するとともに、支給決定のため市が保有する申請者の個人情報の利用を同意します。

受 講 者	住 所	名寄市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
研 修 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	
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 (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	

〈裏面に続く〉

