様式第１号(第６条関係)

登米市介護職員初任者研修等受講料助成金交付申請書

　　年　　月　　日

（あて先）登米市長

登米市介護職員初任者研修等受講料助成金等交付要綱に規定する助成金の交付を下記のとおり申請します。申請に当たり、交付要件を確認するため、市が公簿等を確認すること、又は関係機関に照会することに同意します。

記

１ 申請者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　- |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　生まれ |
| 電話番号 |  |

２ 修了した研修

（該当する研修に○印：介護職員初任者研修、介護職員実務者研修）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業者名 |  |
| 研修の修了年月日 | 年　　　月　　　日　修了 |
| 研修受講料 | 円（テキスト代を含む。） |

３ 所属している事業所等（訪問介護の場合は、市内の担当地域を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |
| 申請者の担当地域 | 登米市　　　　　　　　　地域 |

４ 他の補助制度利用の有無（該当する□に✓を入れてください。）

□　有り　（この制度は利用できません。）

□　無し

５　添付書類

受講料の領収証の写し・修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し・就労証明書・市外在住者の場合は公的本人確認書類の写し