様式第１号の２（第６条関係）

介護職員研修費助成金交付申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　湧別町長　様住所　湧別町　　　　　　　 　　申請者　事業所名　　　　　　　　　　 　　　代表者名　　　　　　　　　　 　　　　湧別町介護職員研修費助成金の交付を受けたいので、湧別町介護職員研修費助成事業実施要綱第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。 |
| 受講者 | 住所 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 勤務年数 | 年　月　日 から 現在（　年　カ月） |
| 勤務時間 | １週間当たり　□　20時間以上　　　□ 20時間未満 |
| 受講研修 | □　介護初任者研修　　　□　実務者研修 |
| 研修機関 |  |
| 受講期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　円 | 1,000円未満切り捨て（限度額50,000円） |
| 他機関からの助成 | □　なし　　　□　あり（助成金額　　　　　　円） |
| 機関名 |  |
| 添付書類 | 　□　修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し　□　受講料の領収書の写し　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |