

第1号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

山北町介護職員初任者研修受講補助金交付申請書

山北町長 殿

山北町介護職員初任者研修受講補助金交付要綱に基づき受講料の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日
住所	〒 ー	電話番号 (日中連絡が 取れる番号)	
養成機関名			
受講期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
介護職員初任者研修受講料支払額 ^{※1}	円	補助金申請額 ^{※2}	円

※1：介護職員初任者研修受講料支払額は、同研修の受講料（必須のテキスト代及び実習費を含む。）として、補助金申請者が研修を実施した養成機関に直接支払った額とします。

※2：補助金申請額は、左欄受講料支払額の全額とします。ただし、10万円を超える場合は10万円とします。

添付書類

- 1 介護職員初任者研修の受講について、受講期間の確認ができる書類、申請者が受講料を支払ったこと及び金額を証明する領収書又はそれに類する書類の写し
- 2 就業先が発行する、山北町介護職員初任者研修受講補助金交付申請にかかる就労証明書（第2号様式）
- 3 介護職員初任者研修の修了証明書の写し
- 4 1年以上継続勤務する意思の表明書（第7号様式）

<町確認欄>

受講期間確認書類		領収書	
就労証明書		修了証明書	
1年以上継続勤務する意思の表明書（第7号様式）			