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 | |  | | | | | |