

様式第1号（第5条第1項関係）

東三河広域連合介護職員初任者研修受講支援補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

東三河広域連合長 様

東三河広域連合介護職員初任者研修受講支援補助金等交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

なお、この申請にあたり対象要件の確認のため必要があるときは、東三河広域連合が住民情報及び市町村税関係情報を取得すること並びに国、市町村及びその他機関等に補助等の受給状況の確認及び本補助金の申請状況の情報提供を行うことに同意します。

※ この申請書は、交付決定後、交付決定日をもって請求日とし、東三河広域連合介護職員初任者研修受講支援補助金の請求書として取り扱います。

記

| | | |
|--|--|--|
| 申請者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | 〒 ー 電話番号（ ） ー |
| 過去の受給状況 | 過去にこの補助金の交付を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない | |
| 研修修了年月日 ※ 修了した証明書に記載の日付を記入 | 年 月 日 | |
| ① 研修費用 研修の受講に係る経費のうち、受講料、テキスト代及び実習費の合計額を記入 | | 円 |
| ② 他機関等からの補助 国、県、市町村、就労先又はその他機関等から補助等を受けている、又は受ける予定の場合は金額を記入 | 他機関等から補助を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けていない | |
| | 補助金額 | 円 |
| ③ 補助基準額 | 30,000円 | |
| 補助金交付申請（請求）額 ①-②又は③のうち、いずれか低い額を記入 | 金 円 | |
| 研修受講目的 ※ 補助金交付の審査に影響するものではありません。 | 1. 研修修了の日時点での介護事業所等での就労の有無について記入してください。 <input type="checkbox"/> 有 事業所名（ ） <input type="checkbox"/> 無 2. 上記1.で「無」を選択の方へ、受講した目的を一つ選んでください。 <input type="checkbox"/> 自己啓発のため <input type="checkbox"/> 家族介護のため <input type="checkbox"/> 今後介護分野へ就職予定または就職を希望しているため <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 添付書類 | 提出必須書類 | <input type="checkbox"/> 研修費用の領収書等 <input type="checkbox"/> 研修を修了した旨の証明書 <input type="checkbox"/> 市町村税等の滞納がないことが確認できる証明書 (※税証明発行担当課で取得可能な「完納証明書」を添付してください。) |
| | 他機関等から補助を受けている、又は受ける予定の場合に必要な書類 | <input type="checkbox"/> 他機関等からの補助金額が確認できる書類 |

<振込先口座情報>

※ 振込先の口座名義人が「申請者」と異なる場合は、必ず下記の委任欄に記名してください。

| 金融機関名 | 銀行コード | 店舗名 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | 口座名義人(フリガナ) |
|----------------------|-------|-----------------------|-------|----------------|------|-------------|
| 銀行 信金 信組 農協 | | 本店 支店 支所 出張所 | | 1. 普通 2. 当座 | | |

<委任欄>

私は上記口座名義人に、この補助金の受領を委任します。

年 月 日

.....(申請者).....

| | |
|-------|-------|
| 交付決定日 | 年 月 日 |
|-------|-------|