

長久手市長 殿

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

長久手市介護職員初任者研修等受講料助成金交付申請書

長久手市介護職員初任者研修等受講料助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

1 助成金交付申請額

交付申請額	円		
他助成金等の交付を受けていない	<input type="checkbox"/>		
他助成金等の交付を受けている場合の助成金額	円		

2 受講研修等

受講者	住所			
	フリガナ 氏名			
	生年月日	年	月	日
	性別	男・女		
研修の名称 (該当するものに○)	介護職員初任者研修	実務者研修		
研修実施事業者	所在地			
	名称			
受講料	円			
受講期間	年	月	日	～
	年	月	日	

3 就職した介護保険事業所等

就職した介護事業所等	法人名称			
	事業所等名称			
	サービス種別			
	事業所等の所在地			
	事業所等の電話番号			
就職年月日	年	月	日	
業務職種（「介護職員」等）				

4 添付書類

- (1) 受講料の領収書の写し（宛名が受講者本人のものに限る）
- (2) 修了証明書の写し
- (3) 在職証明書（様式第2号）