

白河市長

(〒 _____)
住所 _____

(申請者) ^{ふりがな}氏名 _____ (印)

電話番号 _____

白河市介護職員初任者研修及び介護福祉士実務者研修支援補助金の交付を受けたいので、白河市介護職員初任者研修及び介護福祉士実務者研修支援補助金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

研修課程	☐ 介護職員初任者研修 / ☐ 介護福祉士実務者研修		
研修先機関	所在地	〒	
	名称	電話：	
	受講開始予定日	年 月 日	
研修期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
交付申請額	円		
交付申請額の算出基礎	・ (A) 研修の受講に要する経費 _____ 円 ・ (B) 補助限度額 ☐ 介護職員初任者研修 60,000円 ☐ 介護福祉士実務者研修 200,000円 ・ (A) と (B) のいずれか低い額 (1,000円未満切捨て) _____ 円		
添付書類	1 対象講習内容及び対象経費が記載されたパンフレット等の写し 2 申立書兼個人情報利用及び調査に係る同意書 (第2号様式) 3 ハローワークカード等現在求職活動中であることを示す書類の写し ※一般求職者に限る。 4 就労証明書 (第3号様式) ※介護事業所等で就労している者に限る。 5 希望する支払金融機関の通帳の写し		