

（申請者）住 所 ●●●市●●●町■—■—■

氏 名 ■■ ■■

新座市介護資格等取得費に関し、補助金の交付を受けたいので、新座市介護資格等取得費補助金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

- 記
- 1 交付申請額 金 20,000 円
- 2 報 告 書 別紙 1－1 のとおり
- 別紙1－1報告書で計算した
⑭欄の額を記入
上限30,000円

振込先（申請者名義のものに限ります。）

金融機関・支店名	● ● 銀行 信用金庫 信用組合 農 協	● ● 支 店 出張所 支 所
口座種別・番号	(普通) 当座) 番号 (●●●●●●●●)	
(フリガナ) 名 義	■■■ ■■■ ■■ ■■ 通帳の見開きページに記載の カナ名義をそのまま記入	

添付書類

- (1) 研修実施機関が発行した領収書の写し、その他の対象経費の支払が確認
できる書類
- (2) 研修の修了証明書の写し
- (3) 介護施設等に勤務していることを証する書類（勤務証明書：様式第 3 号）
※ 1 か月以内に発行されたものに限る。

新座市介護資格等取得費補助金 報告書

1 申請者

①（フリガナ） 氏 名	フリガナ ■■■■ ■■■■ ■■■ ■■■
② 住 所	〒■■■■－■■■■■ ●●●市●●●町■—■—■
③ 電話番号	■■■－■■■■－■■■■■
④他の地方公共団体 等の同趣旨の補助金 等の利用の有無	該当する□に✓を入れてください。 □無 ☒ 有（埼玉県介護職員資格取得支援事業補助金）

書類不備等で連絡する場合がありますので、電話番号は必ず記入してください。

2 受講した研修等

⑤受講研修名	該当する□に✓を入れてください。 ☒ 介護職員初任者研修 □介護福祉士実務者研修	
⑥受講機関	機 関 名	■■■■■
	所 在 地	●●●市●●●町■—■—■
	電話番号	■■■－■■■■－■■■■■
⑦研修の修了日	令和 6年 5月 22日修了	
⑧受講料	1 0 0, 0 0 0 円	
⑨ 補助上限額	30, 0 0 0 円 (⑧の2分の1に相当する額と30, 0 0 0円を比較して、少ない方の額を記載してください。)	
⑩ ④の受けた補助 金の内容につい て	受けた補助金が「埼玉県介護職員資格取得支援事業補助金」の場合のみ記入 県の補助金額 30, 0 0 0 円 (市の補助金は、埼玉県の補助に上乘せして支援することを目的としていることから、上記の補助金のみ併給を可としている。)	
⑪ ④以外の勤務先 等による受講料 の負担の有無	④ 以外の負担について ア 無 イ 予定有 ☒ ウ 有 (いずれかに○) ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な負担者及び金額を記載	
	負担者：■■■■■	
	金額 5 0, 0 0 0 円	

⑫ ⑨と⑩と⑪の計	110,000 円
⑬ 超過額	10,000 円 (⑫が⑧を上回る場合、⑫から⑧を減じた額)
⑭ 市補助額	20,000 円 (⑨から⑬の額を減じた額を記載してください) (申請額は1,000円未満の端数は切り捨て、1研修あたり上限30,000円)

3 勤務先

⑮ 勤務先	法人名	■■■■■■■■■
	事業所名	■■■■■■■■■
	サービスの種類	訪問介護
	所在地	●●●市●●●町■■—■■—■
	電話番号	■■■—■■■—■■■■■

概要版の補助対象事業所の中から記入してください。