

新座市介護資格等取得費補助金交付申請書

年 月 日

(申請先) 新座市長

(申請者) 法人所在地 ●●●市●●●町 ■—■—■
 法人名 社会福祉法人 ■■■■■■
 代表者職・氏名 理事長 ■■ ■■
 電話番号 ■■■—■■■—■■■■

新座市介護資格等取得費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	27,000 円

別紙2-1報告書で計算した

⑫欄の額を記入

上限30,000円

2 報 告 書 別紙 2 - 1 のとおり

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) 対象者の研修の修了証明書の写し
- (3) 申請者が受講料相当額を負担したことが確認できる書類の写し
- (4) 対象者が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。

1 対象者

① (フリガナ) 氏 名	フリガナ ■■■■ ■■■■ ■■ ■■
② 勤務先事業所名	■■■■■■■■
③ サービスの種類	訪問介護
④ 勤務先住所	〒■■■-■■■■ ●●●市●●●町■-■-■
⑤ 電話番号	■■■-■■■-■■■■
⑥ 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 ()

⑦ 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	
⑧ 受講機関	機 関 名	■■■■■■■■■■
	所 在 地	〒■■■-■■■■ ●●●市●●●町■-■-■
	電話番号	■■■-■■■-■■■■
⑨ 研修の修了日	令和 6 年 5 月 2 2 日修了	
⑩ 受講料	5 5, 5 0 0 円	
⑪ 補助上限額	2 7, 7 5 0 円 (⑩の2分の1に相当する額と30,000円を比較して、少ない方の額を記載してください)	
⑫ 申請額	2 7, 0 0 0 円 (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)	