

様式第1号（第6条関係）

知多北部広域連合介護職員初任者研修費介護職非従事者補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

知多北部広域連合長

申請者 住 所.....  
 氏 名.....  
 電 話 番 号 (.....).....

次のとおり申請及び請求をします。

研 修 の 概 要 等	受 講 期 間	年 月 日～ 年 月 日		
	受 講 者 氏 名			
	受 講 料	円		
	申 請 額 ( 請 求 額 )	円		
確 認 事 項	補助金の交付申請及び請求に当たり、以下の事項について確認しました。 <input type="checkbox"/> 本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、本申請において申告するもののほか、いかなる助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定ではありません。 <input type="checkbox"/> 知多北部広域連合構成市町内市役所（町役場）、養成講習事業者等、介護保険サービス事業者等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申請日においても、在職証明書に記載の事業所において介護職員として勤務しております。			
振 込 口 座	金 融 機 関 名		支 店 名	
	種 目		口 座 番 号	
	口 座 名 義 人 (カタカナ)			

添付書類

- (1)  在職証明書（別紙）
- (2)  受講経費の領収書、クレジット契約証明書又は利用証明書の写し
- (3)  受講料の内訳が分かる資料（研修案内等）
- (4)  研修機関が発行する修了証明書の写し

市 町 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 市（町）税	受付者

保 険 者 記 入 欄	課 長		担 当