

交付申請は、3月14日

(金)までに行うこと。

令和6年9月1日

原則、法人の所在地を記入

すること。

介護サービス事業所の所在

地と異なる場合がある。

知多北部広域連合長

申請者所在地 東海市名和町〇〇

名称 社会福祉法人 広域

代表者氏名 広域 太郎

電話番号 (052) 1234-5678

次のとおり申請及び請求をします。

構成市町内の介護サービス事業所

の所在地を記載すること。

事業所	所在地	東海市荒尾町〇〇									
	名称	介護事業所こういき									
研修の概要等	受講期間	令和6年4月20日～令和6年6月1日									
	受講者氏名	連合 花子									
	受講料	110,000円									
	事業者負担受講料	100,000円									
	申請及び請求額	50,000円									
確認事項	補助金の交付申請及び請求にあたり、以下の事項について確認しました。										
	<input checked="" 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他、いかなる助成（本事業による補助を含む。）及び貸付も受けておらず、また受ける予定はありません。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 申請日においても、受講者を本事業所において雇用しています。（チェックできない場合） 異動又はやむを得ない退職に該当します。（理由： ）										
振込口座	金融機関名	広域銀行	支店名	連合支店							
	種目	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	口座名義人（カタカナ）	コウイキ タロウ									

受講料のうち事業者負担受講料に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数切り捨て）最大50,000円。

3つの項目について必ず確認し、チェック。

研修受講者ではなく、申請者（事業者）

の口座を記載。

受講者個人の口座に振り込むことはありません。

添付書類

- (1) 受講した職員の在職証明書（別紙）
- (2) 受講経費の領収書（写し）、クレジット決済明細書（写し）
- (3) 受講料、必須テキスト代等の内訳が分かる資料（研修案内等）
- (4) 受講料の一部又は全部について事業所が負担したことを確認できる書類
- (5) 研修機関が発行する修了証明書（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