

令和8年度知多北部広域連合介護職員初任者研修費介護サービス事業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 所在地 _____
 名 称 _____
 代表者氏名 _____
 電話番号 (_____) _____

次のとおり申請及び請求をします。

事業所	所在地							
	名称							
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						
	事業者負担受講料	円						
	申請及び請求額	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。）及び貸付も受けておらず、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、受講者を本事業所において介護職員として雇用しています。 （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				支店名			
	種 目				口座番号			
	口座名義人（カタカナ）							

添付書類

- (1) 受講した職員の在職証明書（別紙）
 （異動又はやむを得ない退職の場合は、雇用契約書、労働条件通知書の写し）
- (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) 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