

別記様式第1号（第5条関係）

新ひだか町福祉人材育成支援事業助成金交付申請書

年 月 日

新ひだか町長 様

(申請者) 住 所

フリガナ 氏名 ⑩

電話番号

生年月日 年 月 日生

私は、新ひだか町福祉人材育成支援事業による助成を受けたいので、新ひだか町福祉人材育成支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1. 所属先

名 称	
所 在 地	〒 電話
就職年月日	年 月 日 <small>※現在の事業所に勤務を始めた日を記載下さい。学生の方は空欄に現在の学年を記載下さい。</small>

2. 助成対象研修（資格）の種類

- ・介護職員初任者研修 ・介護職員実務者研修 ・介護職員基礎研修
- ・訪問介護員養成研修2級 ・介護福祉士 ・社会福祉士 ・介護支援専門員

3. 助成対象経費

受 講 料	円
研 修 費 用	円
登 録 免 許 税	円
登 録 手 数 料	円
計	円

4. 国、道その他の団体による助成金等の有無 有（助成金額 円）・無

5. 助成申請額（助成対象経費から国、道その他の団体による助成金等を控除した額の1/2、限度額40,000円。ただし、介護職員初任者研修及び介護職員実務者研修については限度額50,000円）

円（100円未満切捨て）

◇助成金振込希望口座

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ 口座名義人			

同意書

新ひだか町福祉人材育成支援事業助成金交付申請にあたり、私及び同居家族に係る町税等の納付状況を確認するため、必要な納税資料等の公簿について、貴職が、閲覧及び調査することに同意します。また、貴職が本事業の評価のために実施するアンケートに協力することに同意します。

年 月 日

新ひだか町長 様

補助申請者

〒 _____
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____ () _____

同居の家族

氏 名 _____ (印)
続柄 () [明・大・昭・平] _____ . _____

氏 名 _____ (印)
続柄 () [明・大・昭・平] _____ . _____

氏 名 _____ (印)
続柄 () [明・大・昭・平] _____ . _____

氏 名 _____ (印)
続柄 () [明・大・昭・平] _____ . _____