第１号様式（第６条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 座間市介護人材育成支援事業補助金交付申請書  年　　月　　日  （宛先）座間市長  〒  住所  申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞  電話  次のとおり申請します。 | | | | |
| 受講者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 性別 | 男　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　　日 | | |
| 研修名 | 介護職員初任者研修課程 | | | |
| 研修機関名 |  | | | |
| 受講期間 | 年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 受講料 | 円 | | | |
| 他の機関等  からの助成 | □なし　　　□あり　　金額　　　　　　　　　　円 | | | |
| 機関名 |  | | |
| 就労先 | 法人名 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 | 座間市 | | |
| 採用年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 添付書類 | * 研修修了証明書の写し * 就労証明書（第２号様式） * 受講料の領収書 * 他の機関等からの助成の額を証明するもの（助成がある場合） * 税情報確認に対する同意書（第３号様式） | | | |

【注意事項】

座間市で税情報が確認できない場合は、市町村民税納税証明書を添付してください。