様式第１号（第５条関係）

南伊豆町介護職員研修受講支援事業補助金交付申請書

年　月　日

　南伊豆町長　様

（申請者）住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　南伊豆町介護職員研修受講支援事業補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

　なお、この申請に当たり必要な町税等の納付状況等の把握について、町が調査することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 　　　　　　　　歳 |
| 事業者 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 就労年月日 | 年　　月　　日 |
| 受講研修 | 介護職員初任者研修　・　介護福祉士実務者研修介護支援専門員実務研修 |
| 受講機関名 |  |
| 受講期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 受講料 | 円（交通費等を除く。） |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | １　研修受講修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し２　研修受講に係る領収書その他受講料の納付を証明する書類３　就労証明書４　納税証明書５　申請者本人を証明する書類６　その他町長が必要と認める書類 |