【記載例】

別記第１号様式－１（第７条第１項関係）　　　　　　　　　　　　　【個人申請用】

函館市介護職員資格取得支援事業費補助金交付申請書

令和○年△△月□□日

函館市長　様

　　函館市介護職員資格取得支援事業に関し，補助金の交付を受けたいので，函館市介護職員資格取得支援事業費補助金交付要綱第７条の規定により，関係書類を添えて申請します。

記

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒○○○－○○○○←函館市外の方も可　函館市○○町△－□ |
| フリガナ氏　　名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　 　　○○○○年△△月□□日 |
| 電話番号 | ○○○-○○○○-○○○○ |
| 勤務先住所 | 〒○○○－○○○○←函館市内の事業所のみ対象函館市○○町□□－△△ |
| 勤務先事業所名 | ○○介護サービス事業所 |
| 受講研修名 | 該当する□に✔を入れてください。☑介護職員初任者研修　　　□介護福祉士実務者研修 |
| 研修の修了日 | 　　　　　令和○○年　○月○○日修了 |
| 研修の受講料等の総額 | 　（割引前の研修の金額を記入）円（Ａ）※税込金額 |
| 研修の実施機関における割引額等 | 　（研修機関での割引額を記入）円（Ｂ） |
| 介護サービス事業者から受けている受講料等に対する助成の有無 | 該当する□に✓および金額を入れてください。☑無　　□有（　　　　　　　　　　円）（Ｃ） |
| 国，道または他の地方公共団体等の同種の補助金等の利用の有無 | 該当する□に✓を入れてください。☑無　　□有（市の事業とは併用できません。） |
| 補助金交付申請額 |  （研修料の自己負担額の１／２）円 |
| ※(Ａ－Ｂ－Ｃ)×１/２＝補助金交付申請額(１研修あたり５万円上限，千円未満端数切捨て) |

２　補助金の振込先（申請者名義のものに限ります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関・支店名 | ○○銀行　△△支店 |
| 口座種別・番号 | 普通・当座　　番号（１２３４５６７）※番号は７桁 |
| 名義人（カタカナ） | □□　□□ |

３　添付書類

　(1) 受講した研修の受講料等が分かるもの（研修パンフレット等）

　(2) 研修の修了証明書の写し

　(3) 研修の実施機関発行の受講料等の領収書の写し（あて名は申請者のものに限る。）

　(4) 雇用証明書（別記第２号様式，１か月以内に発行されたものに限る。）

(5) 介護サービス事業者から受講料等に対し助成を受けている場合は，当該助成を受けたこと

　　　が分かるもの

**上記添付書類がすべて揃っていることを確認してから申請を行ってください。**

**パンフレットや領収書が手元にない場合，研修の受講機関あてに再発行を依頼してください。**