

函館市介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付申請書



令和3年 1月 4日

函館市長 様

函館市介護職員初任者研修受講支援事業に関し、補助金の交付を受けたいので、函館市介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第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 | 〒 042-0914 函館市上湯川町67-20 |
| 法人名 | 合同会社 SUNNY |
| 代表者名 | 代表取締役 ✓ 菱谷 秀嗣 |
| 電話番号 | 0138-76-0627 |

2 受講者

| | |
|-------------------------------|--|
| 住所 | [Redacted] |
| フリガナ氏名 | [Redacted] |
| 生年月日 | [Redacted] |
| 電話番号 | [Redacted] |
| 勤務先住所 | 〒 042-0914 函館市上湯川町67-20 |
| 勤務先事業所名 | ハルビオステーション SUNNY |
| 研修の修了日 | 令和2年 12月 24日修了 |
| 研修の受講料等の総額 | 73,700 円 (A) |
| 研修の実施機関における割引額等 | 円 (B) |
| 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (市の事業とは併用不可。) |
| 補助金交付申請額 | 36,000 円 |
| | ※(A-B)÷1/2=補助金交付申請額(上限, 千円未満端数切捨て) |

3 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 | [Redacted] |
| 口座種別・番号 | [Redacted] |
| 名義人 (カタカナ) | [Redacted] |

4 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 (あて名は受講した介護職員または法人のものに限る。)
- (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) 介護職員に支給金を支払っている場合は、支給明細書の写し

別記第3号様式(第8条関係)

函館市介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付決定通知書

函 福 包

令和3年(2021年)1月18日

補助対象者 住 所 函館市上湯川町67-20
法人名 合同会社 SUNNY
代表者名/個人名 代表社員 麥谷 秀嗣 様

函館市長 工 藤 壽 様

補助事業名 函館市介護職員初任者研修受講支援事業

令和3年1月4日付けで申請のあった上記補助事業に係る補助金の交付については、内容審査の結果、下記のとおり決定したので、函館市介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第8条の規定により通知します。

記

1 交付決定額 金 36,000円

2 不交付の場合
(不交付決定理由)