



函館市介護職員資格取得支援事業費補助金交付申請書

2024年 3月 5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	〒 040 - 0074 函館市松川町30-12
法 人 名	医療法人 鴻仁会
代表者名	理事長 深瀬 美由貴
電話番号	0138-41-1221

2 受講者

住 所		
フリガナ氏 名		
生年月日		
電話番号		
勤務先住所	〒 040 - 0073 函館市宮前町11-8	
勤務先事業所名	介護付有料老人ホーム光風園	
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 5 年 12 月 14 ¹⁰ 日修了	
研修の受講料等の総額	130,000 円 (A)	
研修の実施機関における割引額等	0 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。 ☒ 無 ☐ 有（市の事業とは併用できません。）	
補助金交付申請額	50,000 円 (上限)	
※(A-B)×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)		

【裏面に続きます】

$$130,000 \times 1/2 = 65,000$$

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		
口座種別・番号		
名義人（カタカナ）		

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（あて名は法人名または受講者名が明記されたものに限る。）
- (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条第1項関係）

函館市介護職員資格取得支援事業費補助金交付決定通知書

函 福 地

令和6(2024)年3月19日

補助対象者 住 所 函館市松川町30-12
法 人 名 医療法人 鴻仁会
代表者名/個人名 理事長 深瀬 美由貴 様

函館市長 大 泉 潤

補助事業名 函館市介護職員資格取得支援事業

令和6年3月5日付けで申請のあった上記補助事業に係る補助金（ 分）
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
資格取得支援事業費補助金交付要綱第8条第1項の規定により通知します。

記

1 交付決定額 金 50,000円