



## 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22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   | 〒 040-0011                   |
| 法 人 名 | 北海道函館市本町35番1号<br>株式会社 ラブ・アール |
| 代表者名  | 代表取締役 堀 正英                   |
| 電話番号  | 0138-41-9911                 |

## 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                         | 〒 040-0011<br>函館市 本町 35-1                                                          |  |
| 勤務先事業所名                       | ヘルプステーション あーる                                                                      |  |
| 受 講 研 修 名                     | 該当する□に✓を入れてください。<br>□介護職員初任者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修      |  |
| 研 修 の 修 了 日                   | 2023 年 12 月 31 日 修了                                                                |  |
| 研修の受講料等の総額                    | 110,000 <del>88,000</del> 円 (A)                                                    |  |
| 研修の実施機関における割引額等               | 22,000 <del>44,000</del> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 無      □有 (市の事業とは併用できません。) |  |
| 補助金交付申請額                      | 44,000 円                                                                           |  |
|                               | ※(A-B)×1/2=補助金交付申請額<br>(1研修あたり5万円上限、千円未満端数切捨て)                                     |  |

$$(110,000 - 22,000) \times 1/2 = 44,000$$

【裏面に続きます】

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28日

補助対象者 住 所 函館市本町35番1号  
法 人 名 株式会社ケア・アール  
代表者名/個人名 代表取締役 堺 正英 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22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 44,000円