



函館市介護職員等資格取得支援事業費補助金交付申請書

R7 年 2 月 20 日

函館市長 様

函館市介護職員等資格取得支援事業に関し、補助金の交付を受けたいので、函館市介護職員等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 - 0022 函館市日乃出町20-17
法 人 名	株式会社 ハイサポート
代表者名	代表取締役 高柳 謙
電話番号	0138-84-6022

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 - 0022 函館市 日乃出町20-17	
勤務先事業所名	デイサービスミント	
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 6 年 12 月 31 日 修了	
受講料等支払額	87,736 円 (A)	
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	43,000 円	
※(A)×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】

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) 研修の修了証明書の写し
- (2) 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。）
- (3) 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。）
- (4) 介護職員等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）

函館市介護職員等資格取得支援事業費補助金交付決定通知書

函 福 地

令和7年(2025年)2月26日

補助対象者 住 所 函館市日乃出町20番17号

法 人 名 株式会社ハイサポート

代表者名/個人名 代表取締役 高柳 謙 様

函館市長 大 泉 潤

補助事業名 函館市介護職員等資格取得支援事業

令和7年2月20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、函館市介護職員等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 43,000円