

様式第1号(第6条関係)

西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)西宮市長

(申請者)住 所 〒 _____ (※住民票所在地を記載)

(氏名ふりがな) _____

氏 名 _____

電 話 番 号 (昼間連絡のつく番号) _____

西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金の交付を受けたいので、西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、市が交付要件の審査のために私に関する住民基本台帳の内容を確認することに同意します。

研 修 名	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者養成研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修				
研 修 修 了 日	年 月 日 ※研修修了日は研修修了証に記載された日付				
研修受講費・教材費	円				
交 付 申 請 額 (※訂正不可)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>円</td> </tr> </table> ※助成対象経費の2分の1(千円未満切り捨て)又は3万5千円(実務者研修は5万円)のうち、いずれか低い額	0	0	0	円
0	0	0	円		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 研修実施事業者が発行した受講費・教材費の領収書等の写し <input type="checkbox"/> 勤務証明書(様式第2号)				

確認欄(以下の質問について、該当するものに☑をつけてください。該当しない項目がある場合は、交付要件を満たしていません。※交付要件を満たしているかどうかは添付書類等により審査します。)

研修修了日から3箇月以上かつ現在も、勤務証明書に記載の事業所で勤務していますか(休職期間を除く)	<input type="checkbox"/> 勤務している
対象研修について他の助成を受けていますか(予定を含む)	<input type="checkbox"/> 受けていない
申請日現在、研修修了日の翌日から1年以内ですか	<input type="checkbox"/> はい
領収書等は研修実施事業者が発行したものですか	<input type="checkbox"/> はい
領収書等には受講研修名、申請者氏名等が明記されていますか	<input type="checkbox"/> はい
勤務証明書は発行日から起算して1箇月以内のもの、かつ、申請日以前に発行のものですか	<input type="checkbox"/> はい

介護職員初任者研修等受講費助成金を下記の口座に振り込んでください。なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生じることについて異議はありません。(※振込先口座は申請者本人名義の口座に限ります。)

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)