

(宛先) 御宿町長

(申請者) 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

御宿町介護職員初任者研修受講料助成金交付申請書

御宿町介護職員初任者研修受講料助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

- 1 助成金交付申請額 円
2 受講研修等

受 講 者	住 所					
	ふ り が な 氏 名					
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	雇用保険法に基づく教育訓練給付金の受給資格				有 ・ 無	
研修実施事業者	所 在 地					
	名 称					
	※厚生労働大臣の教育訓練の指定				有 ・ 無	
受 講 料	円					
受 講 期 間	年 月 日 ~		年 月 日			
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 現 金					
	<input type="checkbox"/> 口座振込	ふ り が な 名 義 人				
		金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・信用金庫・協同組合 本店・支店			
		種別	当座・普通	番号		
	ゆうちょ銀行	記号	番号			
備 考						

※ 教育訓練給付金の受給資格がある者のみ記入

- 3 添付書類
- (1) 受講料の領収書の写し
 - (2) 修了証明書の写し
 - (3) 教育訓練給付金支給決定通知書の写し (教育訓練給付金の受給資格がある者に限る。)
 - (4) 定住の意志を表す誓約書
 - (5) その他町長が必要と認める書類

御宿町介護職員初任者研修受講料助成金交付の申請にあたり、本町における税について、事業担当課において確認調査を行うことについて同意します。

署名 _____ 印