

様式第 1 号（第 6 条関係）

我孫子市介護職員養成研修受講費助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

我孫子市介護職員養成研修受講費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、介護職員養成研修に要する費用について、既に国又は他の地方公共団体から助成を受けていないことを申し添えます。

研修の区分	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 (※ 該当する研修の□に✓を付けてください。)
研修事業者	名 称
	所在地
研修修了日	年 月 日
交付申請額	円
交付申請額の算出基礎	(1) 研修の受講料及び教材費（喀痰吸引等研修の場合は保険料を含む。） _____ 円 (2) 控除すべき助成額 _____ 円 (3) 助成金の上限額 介護職員初任者研修 50,000 円、 介護福祉士実務者研修 100,000 円、生活援助従事者研修 25,000 円、 喀痰吸引等研修 75,000 円 ※ 交付申請額は、 $((1) - (2)) \times 1/2$ 又は (3) のいずれか低い額。ただし、1,000 円未満の端数は、切り捨てる。
添付書類	(1) 介護職員養成研修の修了証明書の写し (2) 介護職員養成研修に係る受講料等の領収書の写し (3) 就業証明書（様式第 2 号）（申請する日において発行された日から起算して 14 日以内のものに限る。） (4) 市町村民税の滞納がないことを証する書類 （次の同意欄に記名又は署名することにより、本市が保有する公簿等により確認できる場合は、省略可） (5) その他市長が必要と認める書類
同 意 書 私は、我孫子市介護職員養成研修受講費助成金の交付の決定に当たり、私に係る市町村民税の納税状況を市職員が確認することに同意します。 申請者 氏 名	