様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

吉田町介護職員初任者研修受講費補助金交付申請書

吉田町長　様

住　　所
申請者　氏　　名　　㊞
電話番号

吉田町介護職員初任者研修受講費補助金の交付を受けたいので、吉田町介護職員初任者研修受講費補助金交付要綱第６条の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、介護職員初任者研修に係る経費について、今回申告した以外に、他の公的制度及び同様の補助等を受けていないことを誓約します。

交付申請額	円			
介護職員初任者研修受講内容	主催者			
	名称			
	修了年月日		年　　月　　日	
	受講費の内訳	受講料	円	計　　円
		教材料	円	
就労状況	別紙就労証明書のとおり			
他の同種の補助の受給	□　有（名称：　　・金額　　円）			
	□　無			
補助金の振込先	銀行 金庫 農協	フリガナ		
		名義人 氏名		
	本店 支店 支所 出張所	種　類	口　座　番　号	
		1　普通 2　当座		

※太線の内側を御記入ください。

添付書類

⑴　介護職員初任者研修課程の修了を証する書類の写し
⑵　受講費の領収書の写し
⑶　就労証明書（様式第２号）
⑷　他の同種の補助の写し　※他の補助を受けている場合のみ

吉田町介護職員初任者研修受講費補助金の交付について、町長が住民基本台帳その他の公簿等の調査を行うことについて同意します。

氏名　　㊞