別　記

第１号様式（第６条関係）

年　　　　月　　　　日

鎌ケ谷市長　様

申請者 住所

氏名　　　　　　　　印

電話番号

鎌ケ谷市介護職員研修受講料等補助金交付申請書

鎌ケ谷市介護職員研修受講料等補助金の交付を受けたいので、鎌ケ谷市介護職員研修受講料等補助金交付要綱第６条の規定により下記のとおり申請します。

また、ハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。なお、交付申請にあたり、本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、他の公的制度による助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定でないことを申し添えます。

記

１ 　研修の種類（いずれかに○）

介護職員初任者研修　・　介護福祉士実務者研修　・　生活援助従事者研修

２ 　研修の修了日 　　　　年　　　　　月　　　　　日

３ 　補助対象経費

（１）　受講料 　　　　　　　　　　 円

（２）　教材費 　　　　　　　　　　円

４　就業先である介護事業所等の運営法人による補助の有無

　　　有　　　・　　　無　　（いずれかに〇）

　　　有の場合は、補助の額　金　　　　　　　　 円

５ 補助金交付申請額 　　金　　　　　　　　 円

６ 添付書類

　（１）　介護職員研修の修了証明書の写し

　（２）　補助対象経費に係る領収証の写し

　（３）　介護事業所等が発行する就業証明書（別紙）※　発行された日から起算して１４日以内のものに限る。

（４）　前３号に掲げるもののほか市長が必要と認める書類

※　他の公的制度による助成を受けている場合は、補助金の交付を受けることはできません。