

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

申請者

（〒 - ）

住 所

氏 名

電話番号

メールアドレス

印西市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、当該研修について、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	該当する研修の□に✓をつけてください。 □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		
研修事業者	名 称		
	所在地		
研修終了日	年 月 日		
交付申請額の算出	受講料及び教材費	(A)	円
	控除すべき助成額	(B)	円
	補助金を受けられる金額 $(A - B) \times 1 / 2$	(C)	円※10 円未満切り捨て
	研修ごとの上限額	介護職員初任者研修	5 万円
		(D) 介護福祉士実務者研修	10 万円
		生活援助従事者研修	2 万 5 千円
(C) 又は (D) のいずれか低い額	(E)	円	
交付申請額	(E)	円	
添付書類	① 修了証明書の写し ② 受講料等の領収書の写し ③ 就業証明書（第 2 号様式）発行された日から 1 4 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（申請者が印西市民の場合、次の同意欄に署名することにより、本市が有する公簿等により確認できる場合は省略可）		
同意欄	私は、印西市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付の決定にあたり、私に係る市町村民税の納付状況を市職員が確認することに同意します。 また、補助金の交付に係る確認を行う際に、市役所内他課、ハローワーク等が保有する個人情報を利用することについて同意します。 申請者 氏名		