様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

西郷村長

　（〒　　　　-　　　　　）

住所

（申請者）　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付申請書兼請求書

　西郷村介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金の交付を受けたいので、西郷村介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

　なお、介護職員初任者研修又は実務者研修受講費用に係る補助金の申請に当たり、受講の経費について、他の公的制度からの補助を受けていないことを申し添えます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修課程 | * 介護職員初任者研修　　　　□　実務者研修 | |
| 研修期間 | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで | |
| 研修先機関名称 |  | |
| 交付申請額 | 円 | |
| 交付申請額の算出基礎 | ・研修の受講に要した経費（Ａ）　　　　　　　　　　　　　　　円  ・補助限度額（Ｂ）   * 介護職員初任者研修　　　　　　　　　　　 　６０，０００円 * 実務者研修　　　　　　　　　　　　　　 　２００，０００円   ・（Ａ）と（Ｂ）のいずれか低い額　　　　（１，０００円未満切捨て）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 振込先金融機関 | 金融機関名　　　　　　　　　　　（　普通　・　当座　・　その他　） | |
| 支店名 | 口座番号 |
|  | |
| 添付書類 | １　介護職員初任者研修又は実務者研修修了証明書の写し  ２　受講料領収書の写し  ３　個人情報の利用に係る同意書（様式第２号）又は住民票の写し及び村税納税証明書  ４　介護職員として就労していることが分かる書類（様式第３号）  ５　希望する振込先金融機関の通帳の写し | |

様式第２号（第６条関係）

年　　　月　　　日

　西郷村長

（〒　　　　-　　　　　）

住所

（申請者）

電話番号

個人情報の利用に係る同意書

　西郷村介護職員初任者研修及び実務者研修支援補助金の交付申請に当たり、私に関する下記の情報を確認することに同意します。

記

1. 村内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記載されていること。
2. 村税の滞納がないこと。

様式第３号（第６条関係）

年　　　月　　　日

西郷村長

所在地

名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

就労証明書

　　　　年　　　月　　　日時点において、次の者を介護職員として雇用していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 就労状況 | 勤務先事業所名 |  |
| 勤務先所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 就労期間 | 年　　　月　　　日から証明日まで |
| 常勤・非常勤の別  （いずれかに〇） | 常勤　　・　　非常勤 |