

新冠町介護職員初任者研修費助成金交付申請書

令和 年 月 日

新冠町長 様

申請者 住 所 新冠町字
氏 名 ⑩
電話番号
生年月日（S・H） 年 月 日生

新冠町介護職員初任者研修費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。
なお、助成金交付決定の審査にあたり、保健福祉課が私の世帯に係る住民登録資料、
税務資料その他の関係資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

研修受講 事業者	名 称		
	所在地		
受講期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
受講料	円		
他の助成金	国・道その他団体等による助成金の有無（ 有 ・ 無 ） （助成金名： 助成額： 円） （助成金名： 助成額： 円）		
自己負担額	円		
助成申請額	円		
振込先金融機関名		種目	口座番号
（ 銀行・信用金庫・農協）		1 普通	
		2 当座	
（ 本店 ・ 支店）		3 その他	
フリガナ			
口座名義			

※助 成 額 自己負担額の3分の2（上限額5万円）

- ※添付資料 ①介護職員初任者研修を修了した旨の証明書の写し
②受講料として支払った額を証明する領収書等の写し
③口座番号等が確認できるもの（通帳の写し）
④その他、研修内容が分かる資料

町確認欄	完 納	滞 納	誓約書
納税状況 (税務課)	⑩	⑩	⑦