様式第１号（第６条関係）

**新冠町介護資格取得経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　　　　　　 　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日 　 　年　　 月　　 日 (　 歳）

新冠町介護資格取得経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 口 座 | 金融機関名 |  | 種目 | 口座番号 |
| １　普通２　当座３　その他 |  |
| 本店・支店名 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※添付資料　①介護職員初任者研修又は実務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) |  |  |  |