

## 旭川市介護職員初任者研修受講費用補助金交付申請書兼請求書

(宛先) 旭川市長

旭川市介護職員初任者研修受講費用補助金について、同補助金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |                         |   |       |    |   |   |   |
|--|-------------------------|---|-------|----|---|---|---|
| 申請者  | ふりがな                    |   | 生年月日  | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
|  | 氏名                      |   |       | 平成 |   |   |   |
|  | 住所                      | (〒 — )                                    |       |    |   |   |   |
|  | 電話番号                    | —   |       |    |   |   |   |
| 研修実施事業者名   |                         |   | 研修修了日 | 年  | 月 | 日 |   |
| <p>本補助金の他に、研修受講費に対する助成を受けていますか（又は受ける予定がありますか）</p> <p><input type="checkbox"/> 受けていない → ①欄を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 就業する事業所等から助成を受けている → ②欄を記入<br/>(就業する事業所、法人、研修実施事業者等からの助成)</p> <p><input type="checkbox"/> 公的な助成を受けている（ハローワークの給付金等） → 本補助金の対象外です</p> |                         |   |       |    |   |   |   |
| ①  | 補助対象経費（受講料・教材費等）        |   | 円     |    |   |   |   |
|  | 補助金申請額                  | 補助対象経費の1/2の額<br>(1,000円未満切捨て、上限40,000円)   | 円     |    |   |   |   |
| ②  | A 補助対象経費（受講料・教材費等）      |   | 円     |    |   |   |   |
|  | B 補助対象経費の1/2の額          |   | 円     |    |   |   |   |
|  | C 就業する事業所等から助成を受けた額     |   | 円     |    |   |   |   |
|  | D 補助対象経費から助成額を引いた額【A-C】 |   | 円     |    |   |   |   |
|  | 補助金申請額                  | BとDを比較して少ない方の額<br>(1,000円未満切捨て、上限40,000円) | 円     |    |   |   |   |

|         |  |   |  |  |   |  |  |  |
|---------|--|---|--|--|---|--|--|--|
| 口座振込依頼欄 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合<br><input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫 |   |  |  | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 出張所 |  |  |  |
|         | 金融機関コード  |   |  |  | 支店コード   |  |  |  |
|         | 口座種別   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  | 口座番号  |  |  |  |
|         | 口座名義（カタカナ）   |   |  |  |   |  |  |  |

※申請者本人名義の口座を記入してください（口座名義が申請者と異なる場合は、委任状の添付が必要となります）。

【裏面も記入してください】

## 【添付書類】

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 研修を修了したことを証する書類の写し（修了証明書等）                                    |
| <input type="checkbox"/> 研修の受講料等の領収書の写し  |
| <input type="checkbox"/> 就業証明書（様式第2号） ※発行日から1か月以内のものに限ります。                             |
| <input type="checkbox"/> 就業する事業所等から研修受講費に対する助成を受けた（又は受ける予定の）金額が確認できる書類 ※助成を受けている場合のみ添付 |

## 【確認欄】

以下の項目について該当するものに☑を付けてください。

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 申請日において、研修修了日の翌日から1年以内ですか                              | <input type="checkbox"/> はい     |
| 訪問介護員として市内の訪問介護事業所等（原則として同一の事業所に限る。）において6か月以上勤務していますか。 | <input type="checkbox"/> はい     |
| 申請日において、就業証明書に記載する事業所に勤務していますか。                        | <input type="checkbox"/> はい     |
| 領収書は研修実施事業者が発行したものですか。対象者氏名、受講研修名等が記載されていますか。          | <input type="checkbox"/> はい     |
| 研修受講費について、国、他の地方公共団体等の公的機関から助成等を受けていますか。               | <input type="checkbox"/> 受けていない |