

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

中津川市長 様

中津川市長様中津川市介護職員初任者研修資格取得支援助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、中津川市介護職員初任者研修資格取得支援助成金交付要綱第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が交付資格を審査するために、住民基本台帳等の公簿その他必要な個人情報の確認を行うこと及び市が住所地、学校、勤務先等必要な情報を取得することについて同意します。また、中津川市介護職員初任者研修資格取得支援助成金の返還の債務が生じたときは、返還期日までに返還します。

記

|     |                   |                                         |
|-----|-------------------|-----------------------------------------|
| 申請者 | 氏 名               | (署名又は記名押印)                              |
|     | 住 所               | 〒                                       |
|     | 監護する<br>子等の氏名     |                                         |
|     | 監護する<br>子等の住所     | <input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ<br>〒 |
|     | 電話番号              |                                         |
|     | 勤務先・学校名           |                                         |
|     | 研修受講者の<br>研修修了年月日 | 年 月 日                                   |

※監護する高校生の氏名及び監護する高校生の住所欄は、高校生の保護者が申請者になる場合に記載すること。

添付書類

- 1 研修事業者が発行した介護職員初任者研修修了証の写し
- 2 受講経費の領収書の写し
- 3 受講経費の内訳が分かる書類(研修案内等)
- 4 助成金の受領を研修事業者へ委任する場合は、中津川市介護職員初任者研修資格取得支援助成金受領委任状(様式第 2 号)