

申請日 年 月 日

(あて先) 日野市長

日野市介護資格取得費補助金交付申請書兼請求書(介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修)

下記に係る 年度日野市介護資格取得費補助金を申請します。

なお、日野市介護資格取得費補助金に係る支払い手続きについては、日野市健康福祉部介護保険課長を代理人として定め、委任します。

【申請者】

住 所	〒		
氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
		電話番号	日中に連絡できる電話番号(携帯・自宅・その他) — —

日野市介護資格取得費補助金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

指定養成研修事業者名	通信・通学 (東京都の場合、修了証明書の番号「東介初信」は通信です)		
研 修 期 間	年 月 日～ 年 月 日	研修修了年月日	年 月 日
受 講 料 A	円	勤務先からの補助額 B	円
		補助対象経費【A－B】	円

就 労 状 況 等	事業所名			電話番号
	所在地	日野市		— —
	サービスの種類(該当に○)	居宅サービス(訪問介護等)・施設サービス(特養・老健等) 地域密着型サービス(通所介護・小規模多機能・グループホーム等) その他()		
	採用年月日	年 月 日	雇用形態(該当に○)	常勤・非常勤・臨時(パート) 登録ヘルパー・その他()

申 立 事 項 等	私は、この助成を受けるにあたり、国、東京都、他の地方公共団体、公共団体、民間等からの同種の補助金等を受けておらず、今後も受けないことをここに申し添えます。また、申請日において、市内事業所で就労していることに間違いありません。並びにこの申請に虚偽がないことを誓約し、これに反したときには補助金を返還する必要があることを理解しています。 【その他の申し立て事項等】 署名
-----------	--

就 労 先 証 明 欄 (就 労 証 明 書)	上記の者は、 年 月 日付で当事業所に採用したことを証明する。 加えて、 研修終了後・復職後 3ヶ月間で合計60時間以上就労し、現在、当事業所の介護職員であることを証明する。 年 月 日
	事業所名
	代表者名
	印

(口座振替依頼書) 上記の補助金については、下記口座への振り込みを依頼します。

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	支 店 本 店 出張所	預金種別	
			口座番号	
口座名義(カナ)				

日野市健康福祉部介護保険課処理欄				
受付年月日	確認者	提出書類確認	その他	補助対象経費
		申請書(内容確認) ☐		円
		修了証明書(写) ☐		補助決定金額
		領収書(証明) ☐		円
		署名確認 ☐		