様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

上野原市長　宛

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

上野原市介護職員研修支援事業補助金交付申請書兼請求書

　上野原市介護職員研修支援事業補助金の交付を受けたいので、上野原市介護職員研修支援事業補助金交付要綱第６条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定された場合は、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付申請額 | 円  （受講料の３／４で１００円未満切捨て、上限額６万円） | | |
| 受講研修種類 | □介護職員初任者研修　□介護福祉士実務者研修 | | |
| 研修受講機関 |  | | |
| 研修修了証書等  の交付年月日 | 年 　月 　日 | 受講料及び教材費 | 円 |
| 提出書類 | □領収書  □修了証明書又は受講修了が分かるものの写し | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協  組合・信組  （　　　） | 本店・支店  本所・支所  （　　　） |
| 預金種別 | 普通（総合）　・　当座　・　その他（　 　　　） | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |

（注）口座名義は、申請者と同一の名義としてください。

同意・誓約事項

（１）申請内容に係る必要事項確認のため、担当職員が住民基本台帳情報、納税情報等について確認することに同意します。

（２）研修に係る経費について、他の公的機関から同様の補助等を受けていないことを誓約します。

署名又は記名押印