様式第１号（第６条関係）

三原市介護職員等研修受講料助成金交付申請書

　　　年　　月　　日

三　原　市　長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 住所 |  | | |
| ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏名 | 印  ※本人が手書きをした場合は，押印不要です。 |
| 生年月日 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 取得した資格 | １ 介護職員初任者研修課程　２ 介護福祉士　３ 介護支援専門員 |
| 研修機関名 |  |
| 研修期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修費用 | 円 |
| 交付申請額 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務　先 | 法人名称 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒  電話 |

添付書類

１　受講料の金額が確認できるもの

２　修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し（初任者研修を受講した者に限る。）

３　介護福祉士又は介護支援専門員の資格を取得したことを証明する書類の写し（資格取得研修を受講した者に限る。）

４　卒業を証明する書類の写し（介護福祉士養成施設において履修した者に限る。）

５　指定事業所に６月以上勤務していることを証明する書類