

三 原 市 長 様

三原市障害福祉分野資格取得等補助金交付申請書兼実績報告書

三原市障害福祉分野資格取得等補助金の交付を受けたいので、三原市障害福祉分野資格取得等補助金交付要綱第7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。

申請者	住所	〒 ー
	ふりがな 氏名 名称	Ⓡ  ※本人が手書きをした場合は、押印不要です。
	連絡先	電話 FAX mail
対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
対象となる研修等	名称	
	種別	<input type="checkbox"/> 新規（現任研修・実務者研修は、初回から更新・再取得の扱いになります。） <input type="checkbox"/> 更新・再取得
	研修等機関名	
	修了・取得日	年 月 日
	研修等費用	円（テキスト・資料代、交通費、宿泊費等は含まない。）
従事事業所	法人・事業所名称	
	所在地	
	連絡先	
	従事業務	（資格取得等に関連した業務について記入してください。）
	従事期間	年 月 日～ 年 月 日
交付申請額		円

添付書類（職員確認欄）

- 対象研修等の名称、補助対象経費の額及び補助対象経費の支払日並びに当該経費を負担した者が確認できるもの
- 研修を修了したことを証明する書類の写し又は資格を取得したことを証明する書類
- 事業所で資格取得等した対象研修等に関する業務に通算して6月以上勤務していることを証明する書類

事業者による従事状況の証明

従事事業所	法人・事業所名称	
	所在地	
	連絡先	
	従事業務	(資格取得等に関連した業務について記入してください。)
	従事期間	年 月 日～ 年 月 日
	従事していない期間とその理由	年 月 日～ 年 月 日 理由：
証明	対象者に従事状況について上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 法人名 代表者名	

従事事業所	法人・事業所名称	
	所在地	
	連絡先	
	従事業務	(資格取得等に関連した業務について記入してください。)
	従事期間	年 月 日～ 年 月 日
	従事していない期間とその理由	年 月 日～ 年 月 日 理由：
証明	対象者に従事状況について上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 法人名 代表者名	