

第1号様式(第5条、別表第2関係)

年 月 日

赤井川村長 様

赤井川村地域介護力創出支援事業助成金交付申請書兼請求書(介護職員初任者研修)

下記に係る 年度赤井川村地域介護力創出支援事業助成金を申請します。

記

【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) — —

【研修】

指定事業者名	通信・通学		
研修期間	年 月 日～ 年 月 日	研修終了年月日	年 月 日
受講料 A	円	勤務先からの助成額 B	円
		助成対象経費【A-B】	円

就労状況等	事業所名			電話番号		
	所在地	赤井川村字		— —		
	サービスの種類	居宅サービス(訪問介護等) 地域密着型サービス(通所介護・グループホーム等) その他()				
	採用年月日	年 月 日	雇用形態	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、この助成金交付申請を行うに当たり、国、道、他の地方公共団体、公益団体等から同種の助成金等を受けていないことをここに申し添えます。					
	【その他の申立事項等】					署名 _____

就労先証明書欄	上記の者は、年 月 日現在、当事業所の職員であることを証明する。					
	年 月 日					
	事業所名		Ⓜ			
代表者名		Ⓜ				

(口座振替依頼書) 上記の助成金については、次の口座への振込みを依頼します。

金融機関	銀行	本店	預金種別		
	信用金庫		支店	口座番号	
	信用組合	出張所			
	農協				
口座名義(カナ)					

赤井川村介護保険課処理欄				
受付年月日	確認者	提出書類確認		その他
		申請書(内容確認)	[]	
		修了証明書(写)	[]	
		領収書(証明)	[]	
		請求書受付日	/	
				助成対象経費
				円
				助成決定額
				円