

（宛先）五城目町長

五城目町介護資格取得支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書

五城目町介護資格取得支援事業費補助金の交付を受けたいので、五城目町介護資格取得支援事業費補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女		
	住所	〒 電話番号				
	学校名		学年	年		
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	申請者との関係	父・母その他
	住所	〒 電話番号				
研修の種別	※該当する□に✓を入れてください。 □介護職員初任者研修 □介護福祉士実務者研修					
研修実施機関名称						
研修修了日						

備考 1 学校名・学年欄は高等学校等の生徒のみご記入ください。  
2 保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

研修の受講料等の総額	円	(A)
研修実施機関における割引額等	円	(B)
介護サービス事業者から受けている受講料等に対する助成の有無	※該当する□に✓および金額を入れてください。 □無 □有→ 円	(C)
補助金交付申請額	円	対象経費(A-B-C)＝補助金交付申請額 (初任者研修6万円、実務者研修10万円上限、千円未満切捨て)
国、県または他の地方公共団体等の同種の補助金等の利用の有無	※該当する□に✓を入れてください。 □無 □有（五城目町の事業とは併用できません。）	
同意欄		
五城目町介護資格取得支援事業費補助金交付審査のため、私(学生の場合は、保護者または扶養者)に関する住民税等の納付状況について、町が調査することに同意します。 氏名		

添付書類
<input type="checkbox"/> 研修修了を証する書類の写し <input type="checkbox"/> 受講した経費を明らかにする書類の写し（研修パンフレット等） <input type="checkbox"/> 在職証明書（現任者の場合のみ） <input type="checkbox"/> 在学証明書（学生の場合のみ） <input type="checkbox"/> 請求書