様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

石川町長

（〒　　－　　）

住　所

（申請者）　氏（ふり）　名（がな）

電話番号

石川町介護職員初任者研修受講補助金交付申請書

石川町介護職員初任者研修受講補助金の交付を受けたいので、石川町介護職員初任者研修受講補助金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、初任者研修受講費用に係る補助金の申請にあたり、受講の経費について、他の公的制度からの助成を受けていないことを申し添えます。

<table>
<tr><td>介護職員初任者研修事業者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>交付申請額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>交付申請額の算出基礎</td><td colspan="2">研修の受講に係る経費　　円(A)
上限額　　５０，０００円(B)
(A)と(B)のいずれか低い額（10円未満切捨て）
円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">希望する支払金融機関</td><td colspan="2">金融機関名　　（普通・当座・その他）</td></tr>
<tr><td>支店名</td><td>口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義（ふりがな）</td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="2">１　介護職員初任者研修修了書の写し
２　受講料の領収書の写し
３　個人情報の利用に係る同意書又は住民票及び納税証明書
４　介護職員として就労していることがわかる書類
※３については、個人情報の利用に係る同意書（様式第２号）を提出した場合は、省略することができる。</td></tr>
</table>