様式第１号（第６条関係）

介護人材育成支援事業助成金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

白糠町長　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　（受講者）　氏　名

　白糠町介護人材育成支援事業助成金の交付を受けたいので、白糠町介護人材育成支援事業助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　研修実績

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先名称等 | 【別紙、雇用証明書のとおり】 |
| 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 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |

２　補助対象経費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 補助対象経費(Ａ－Ｂ－Ｃ)＝補助金交付申請額(千円未満切捨て) |
| 国、道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（白糠町の事業とは併用できません。） |

３　添付書類

　（１）受講した研修の受講料等が分かるもの（研修パンフレット等）

　（２）研修の修了証明書の写し

　（３）研修の実施機関発行の受講料等の領収書の写し（あて名は申請者のものに限る。）

　（４）雇用（予定）証明書（様式第２号、１か月以内に発行されたものに限る。）

　（５）介護サービス事業者から受講料等に対し助成を受けている場合は、当該助成を受けたこと

　　　　が分かるもの

【申請者連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  | 書類送付先 | 〒 |