様式第１号（第５条関係）

西都市介護人材確保支援事業補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

西都市長　様

（申請者）住　　所　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　法人名及び代表者名

又は氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

西都市介護人材確保支援事業補助金の交付を受けたいので、西都市介護人材確保支援事業補助金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 |  | 研修名 | 単価 | 人数 | 申請額 |
| 研修等名称 | □ | 介護支援専門員実務研修受講試験 | 円 |  | 円 |
| 介護支援専門員実務研修 | 円 |  | 円 |
| □ | 専門研修 | 円 |  | 円 |
| □ | 主任介護支援専門員研修 | 円 |  | 円 |
| □ | 主任介護支援専門員更新研修 | 円 |  | 円 |
| 事業所の名称 |  | □指定居宅介護支援事業所 |
| 受講者 |  |
| 研修修了日 | 　　年　　月　　日 | ※研修修了日は研修修了証に記載された日付を記載　受講試験の合格者は実務研修修了日を記載 |
| 交付申請額 |  |  |  |  |  |  | 円 |  |
| 添付書類 | □第３条第１号に規定する試験にあっては合格したことを証する書類（合格証の写し）□第３条第２から５号に規定する研修にあっては修了したことを証する書類（修了証明書の写し）□補助対象経費の支払いを確認できる書類□誓約書□介護支援専門員等の雇用証明書□その他市長が必要と認める書類 |

　西都市介護人材確保支援事業補助金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 店番号 |  | 口座種別 | 普通　・　当座　・　貯蓄 |
| 口座番号（右詰めで記入） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |