別記様式（第６条関係）

介護職員初任者研修支援補助金交付申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）

　秦野市長

　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　秦野市介護職員初任者研修支援補助金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請金額　※ | | 円 | | |
| 補助対象経費 | | 円（受講料） | | |
| 他の補助 | 補助の有無 | □受けている（補助金額　　　　　　　円）　□受けていない | | |
| 団体名 |  | | |
| 添付書類 | | □介護職員初任者研修修了証明書の写し  □受講料領収書の写し  □介護職員として就労していることが分かる書類  □市税等の納税証明書（本市外在住者のみ） | | |
| 金融機関名 | |  | 口座の種類 | 普通　・　当座 |
| 支店名 | |  | 口座番号 |  |
| 名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ） | |  | | |
| 補助金の交付申請に当たり、市税等の納付状況を確認することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　住所  氏名 | | | | |

※　申請金額は、補助対象経費の中で現に負担した金額（他の制度からの補助額は、その額を除く。）**の３分の１の額（千円未満切り捨て）又は３万円のうち、いずれか低い金額**を記載してください。