　別記

　第１号様式（第６条第１項）

木更津市介護職員初任者研修費用助成金交付申請書兼交付請求書

年　　月　　日

　木更津市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　木更津市介護職員初任者研修費用助成金の交付を受けたいので、木更津市介護職員初任者研修費用助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。助成金の交付が決定した後には、決定金額を下記の口座に振り込みください。

　なお、本事業の他に受講費用の助成は受けておらず、受講費用の助成に係る申請も行っていないことを申し添えます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護員養成  研修事業者 | 名　称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 補助対象経費  の内訳 | 受講料 | | 円 | | |
| 教材費 | | 円 | | |
| 交付申請額 | 円 | | | | |
| 添付書類 | ①　初任者研修を修了した旨の証明書の写し  ②　市税に滞納がないことを証する書類  ③　助成対象経費に係る領収書の写し  ④　就業証明書（別記第２号様式）  ⑤　その他市長が必要と認める書類 | | | | |
| ○添付書類省略のための同意 | | | | | |
| 私は、添付書類②に掲げる書類を省略するため、市税の納付状況について市の職員が調査することに同意します。  氏　名  　署名がない場合は、「同意しない」とみなすので、必要な書類を添付してください。 | | | | | |
| ○助成金の振込先口座 | | | | | |
| 金融機関名 | |  | | 本・支店名 |  |
| 口座種別 | | 普通　・　当座 | | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 | |  | | | |
|  | | | |