第１号様式（第６条関係）

三春町介護職員初任者研修等助成金交付申請書

三春町長

　次のとおり、関係書類を添えて介護職員初任者研修等助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 申請年月日 | 年　　　　月　　　日 |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | ㊞ | 日中連絡可能な電話番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 学校名又は勤務先 |  | （学生の場合）学　年 | 　年　　　組 |
| 保護者（※） | フリガナ |  | 続　柄 |  |
| 氏　　名 | ㊞ | 日中連絡可能な電話番号 |  |
| 住　　所 | □申請者と同じ（異なる場合は記入） |
| 介護員養成研修事業者 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 | （電話番号） |
| 受講申込日又は申込予定日 | 年　　　月　　　日 |
| 研修講座名 | 介護職員初任者研修　　・　　介護福祉士実務者研修 |
| 研修予定期間 | 　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 受講料及び教材費（補助対象経費） | 　　　　　円 |
| 交付申請額 | 補助対象経費と限度額の低い方の額円 | □介護職員初任者研修（限度額　60,000円）□介護福祉士実務者研修（限度額　100,000円） |

※　保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

|  |
| --- |
| 私は、介護分野への就職を希望していますので、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を受講いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人署名欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

以下は、高等学校等の在学生の方のみ学校長が記入

|  |
| --- |
| 　上記の者は、介護分野への就職を希望しており、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を修了する意欲・能力を有していると認められるので推薦します。（学校名欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校長記名欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

第２号様式（第６条関係）

三春町長

申立書兼個人情報利用及び調査に係る同意書

　私は、三春町介護職員初任者研修等助成金交付申請書について、他のいかなる助成も受けていないこと及び返還金等があった場合は速やかに変更申請することを申し立てます。

　また、三春町が庁内他課、ハローワーク、介護員養成研修事業者、就業・内定事業所等に対し、費用の助成に係る確認を行うために、個人情報を利用し調査することについて、同意いたします。

　　　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

第３号様式（第10条関係）

三春町介護職員初任者研修等修了報告書

三春町長

　三春町介護職員初任者研修等助成金の交付決定を受けた研修を修了いたしましたので、次のとおり報告します。なお、申請以降に受講料及び教材費に係る費用の変更はありません。今後、還付金等が発生した場合は速やかに届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 報告年月日 | 年　　　　月　　　日 |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | ㊞ | 日中連絡可能な電話番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 保護者 | フリガナ |  | 続　柄 |  |
| 氏　　名 | ㊞ | 日中連絡可能な電話番号 |  |
| 住　　所 | □申請者と同じ（異なる場合は記入） |
| 介護員養成研修事業者 | 所　在　地 | （電話番号） |
| 名　　　称 |  |
| 研修講座名 | 介護職員初任者研修　　・　　介護福祉士実務者研修 |
| 研修期間 | 　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 交付申請額 | 円 | 交付決定額 | 円 |

※備考　　1.保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

　　　　　2.氏名欄の印には、申請書に押印したものと同じ印鑑を使用してください。

下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座記入欄 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店出張所 | 種　別 | 口座番号 |
| 1．普通2．当座3．その他（　　　） |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※通帳の写しを添付してください。