

別 記

第1号様式（第6条関係）

令和○年 ○月 ○日

鎌ヶ谷市長 様

申請者 住所 鎌ヶ谷新鎌ヶ谷2-6-1
氏名 鎌ヶ谷 太郎
電話番号 047-445-0000

印

鎌ヶ谷市介護職員研修受講料等補助金交付申請書

鎌ヶ谷市介護職員研修受講料等補助金の交付を受けたいので、鎌ヶ谷市介護職員研修受講料等補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

また、ハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。なお、交付申請にあたり、本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、他の公的制度による助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定でないことを申し添えます。

記

1 研修の種類（いずれかに○）

介護職員初任者研修 ・ 介護福祉士実務者研修 ・ 生活援助従事者研修

2 研修の修了日 令和○年 ○月 ○日

3 補助対象経費

(1) 受講料 65,500円
(2) 教材費 10,000円

4 就業先である介護事業所等の運営法人による補助の有無

有 ・ 無 （いずれかに○）

有の場合は、補助の額 金 10,000円

5 補助金交付申請額 金 27,000円

6 添付書類

- (1) 介護職員研修の修了証明書の写し
- (2) 補助対象経費に係る領収証の写し
- (3) 介護事業所等が発行する就業証明書（別紙）※ 発行された日から起算して14日以内のものに限る。
- (4) 前3号に掲げるもののほか市長が必要と認める書類

※ 他の公的制度による助成を受けている場合は、補助金の交付を受けることはできません。

補助対象経費=7万5500円

（受講料+教材費）

補助対象経費×1/2=3万7750円

3万7750円⇒3万7000円

（※1000円未満は切り捨てです。）

3万7000円-1万円(就業先からの補助金)
=2万7000円(交付申請額)

(別紙)

発行日から起算して14日以内に申請してください。

発行日 令和〇年〇月〇日

鎌ヶ谷市長 様

設置法人 { 名 称 株式会社〇〇
所 在 地 鎌ヶ谷市〇-〇-〇〇
電 話 番 号 047-〇〇〇-××××
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

次のいずれかの日付を記入してください。
①研修修了日の翌日
②研修修了日の翌日以降で就業を開始した日

事業所 { 事業者番号 127090××××
名 称 ヘルパーステーション〇〇
所 在 地 鎌ヶ谷市〇-〇-〇〇
電 話 番 号 047-〇〇〇-××××
管理者氏名 管理者 〇〇 〇〇 管理者印

就 業 証 明 書

鎌ヶ谷市介護職員研修受講料等補助金の交付の申請に当たり、下記の者について下記のとおり証します。

記

下記に記載される者は、令和〇年〇月〇日から、6か月以上当事業所で継続して雇用していることを証します。また、現在においても当事業所にて雇用していることを証します。		
雇用されている者	氏 名	鎌ヶ谷 太郎
	住 所	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1
	電 話 番 号	047-445-〇〇〇〇
	従 業 者 の 種 別	訪問介護員
	常勤・非常勤の別	常勤・非常勤 (どちらか該当する方に○をしてください。)

記載者 職・氏名 (総務・千葉 花子)
電話番号 (047-〇〇〇-××××)