様式第１号（第６条関係）

市川市介護職員初任者研修等費用補助金交付申請書兼交付請求書

年　　月　　日

市川市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | （郵便番号　　　－　　　　）  （電話番号　　　－　　　－　　　　） |
| メールアドレス |
| 氏　　名 |

市川市介護職員初任者研修等費用補助金の交付を受けたいので、市川市補助金等交付規則  
及び市川市介護職員初任者研修等費用補助金交付要綱の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類 | □ 介護職員初任者研修 | | □ 介護福祉士実務者研修 | |
| 介護職員 養成研修 事業者等 | 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　）  （電話番号　　　－　　　－　　　　） | | |
| 名称 |  | | |
| 補助対象 経費の内訳 | 受講料 |  | | 円 |
| 教材費 |  | | 円 |
| 交付申請額 | ，０００ | | | 円 |
| 添付書類 | ① 介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修を修了した旨の証明書の写し  ② 本市に納付すべき市民税、固定資産税及び都市計画税並びにこれらの税に係る延滞金を滞納していないことを証明する書類  ③ 就業証明書（様式第２号）  ④ 領収書の写し  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（本市に納付すべき市民税、固定資産税及び都市計画税並びにこれらの税に係る延滞金を滞納していないことを証明する書類）を市の職員が公簿等で確認することについて

□同意します。　　　　　　□同意しません。

※「同意しません。」を選んだ方は、必要な書類を添付してください。

○　他の補助等を受けていないことの確認

国、他の地方公共団体若しくは独立行政法人若しくはこれらの者から委託を受けた者又は申請者が６月以上継続して勤務している介護保険サービス事業所等を運営している者による補助を

□受けていません。　　　□受けています。

※「受けています。」を選んだ方は、補助の対象者となりません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行　信用組合  信用金庫　農協 | |  | 支　店  出張所 |
| 口座種別　　　普通　・　当座 | | | 口座番号 | |
| 口　座  名義人 | | フリ  ガナ | | |