

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実績報告書兼交付請求書

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。

研修等の種類	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の資格の取得	
補助対象経費の内訳	①対象となる研修の受講料（教材費含む。）	円
	②介護支援専門員実務研修受講試験の受験料	円
交付申請額の算定	A (上記①+上記②) ÷ 2 【 円】 B 貴方が勤務している介護保険サービス事業所等から受けた、又は受ける予定の補助等の額 【 円】	
交付申請額 (A - B)	, 0 0 0円 (1,000円未満を切り捨てた額をご記載ください。)	
添付書類	① 介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修若しくは主任介護支援専門員研修を修了した旨の証明書の写し又は介護支援専門員証の写し ② 本市に納付すべき市税及び当該市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税及び当該市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。

○ 国、他の地方公共団体又は独立行政法人から補助等を受けていないことの確認

国、他の地方公共団体又は独立行政法人から補助対象経費に係る補助その他相当の反対給付を受けない給付を受けていないこと。

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	ㄱㄱㄱ