

羽村市介護サービス事業所の人材育成支援補助金交付申請書

年 月 日

羽 村 市 長 宛

申請者 所在地
法人名
代表者

次のとおり、介護サービス事業所の人材育成支援補助金の交付申請をします。

事業所の名称	
事業所の所在地	羽村市
サービス種別	
補助金申請額	
受講した研修 ※どちらかに○	介護職員初任者研修 ・ 介護福祉士実務者研修
研修事業所の名称	
研修事業所の所在地	
研修期間	年 月 日～ 年 月 日
申請者連絡先	担当者 電話 () FAX ()

(添付書類)

- ① 受講した介護職員の就労証明証（別紙 1）
- ② 研修事業者が発行する修了証明書の写し
- ③ 支払関係書類（領収証等）の写し
- ④ 受講料、テキスト代等の内訳がわかる書類（研修案内等）
- ⑤ 雇用契約書の写し
- ⑥ 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（申請日が属する月）

※研修受講者が研修事業者へ支払った受講費を補助金申請者が支給した場合は、支給明細書等の写しを添付し、下記について確認してください。

私が受講した上記研修について、この補助金の交付申請をしている事業所以外から補助、または助成を受けていません。

署名 _____