様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

　小千谷市長　あて

小千谷市介護人材確保・定着等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

　研修の受講料又は試験の受験料の補助を受けたいので、小千谷市介護人材確保・定着等支援事業補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

　また、必要に応じ、個人及び世帯に関する住民記録及び税情報等について、小千谷市長が関係機関に必要な資料の提出又は報告を求めることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年 　 月　 日 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | (TEL　　　　―　　　　―　　　　) |
| 緊急時連絡者 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 現住所 | (TEL　　　　―　　　　―　　　　) |
| 勤務先（予定） | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 種別 | □ １ 介護職員初任者研修　　　　　　　　□ ２ 介護職員実務者研修□ ３ 介護福祉士試験　　　　　　　　　　□ ４ 社会福祉士試験□ ５ 介護支援専門員実務研修受講試験　　□ ６ 介護支援専門員実務研修□ ７ 介護支援専門員再研修　　　　　　　□ ８ 介護支援専門員更新研修□ ９ 喀痰吸引等研修（第１号研修）　　　□ ９ 喀痰吸引等研修（第２号研修）□ 10 認知症介護実践者研修　　　　　　　□ 10 認知症介護実践リーダー研修□ 10 認知症対応型サービス事業管理者研修□ 10 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |
| 受講料又は受験料 | 円 | 修了日又は受験日 | 　　年　　月　　日 |
| 補　助　金交付申請額 | 円（千円未満切り捨て） | 補助額 | １　　：受講料(上限10万円)×2/3２　　：受講料(上限15万円)×2/3３～５：受験料全額６～８：受講料×2/3９　　：受講料(上限7万円)×1/210　　：受講料×1/2 |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  | 普通・当座 |
| 口座番号 |  | 口座名義人(カタカナ) | 　 |

（裏面あり）

添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| ・介護職員初任者研修・介護職員実務者研修・介護支援専門員実務研修／再研修／更新研修・喀痰吸引等研修・認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修・認知症対応型サービス事業管理者研修・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 | ・研修の修了を証する書類の写し・受講に要する経費を明らかにする書類の写し・市町村税に未納がないことの証明書（市外在　住者） |
| ・介護福祉士試験・社会福祉士試験・介護支援専門員実務研修受講試験 | ・受験票の写し（受験日の記載があるもの）・受験に要する経費を明らかにする書類の写し・市町村税に未納がないことの証明書（市外在　住者） |