様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

千葉市介護職員研修受講者支援事業助成金交付申請書（兼請求書・兼就業証明書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| （注）本人が手書きする場合は押印不要です。そうでない場合は押印してください。 |
| 生年月日 | 　　昭・平　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 | （携帯電話など、平日の日中に連絡のつきやすいもの）　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－ |
| Eメール | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 他の公的制度からの助成有無申立及び個人情報の利用に係る同意 | □この申請をするにあたり、以下の事項について申し立てます。また、個人情報の利用について以下のとおり同意します。　・研修の受講料等について、他の公的制度から助成を受けておらず、また受ける予定がないことを申し立てます。・研修を受けた実施機関、勤務先、ハローワーク等の関係機関に対し、費用の助成に係る調査、照会することを承諾します。・（千葉市在住者のみ）住民登録関係情報及び市税納付情報について、市役所内の関係機関に調査、照会することを承諾します。**（チェックが無い場合は交付申請の受付ができません）** |
| 研修修了（資格取得）及び受講料等の状況※申請書１枚につき１つの研修まで申請可 | 修了した研修（いずれかにチェック） | □ 介護職員初任者研修□ 介護福祉士実務者研修 |
| 研修を受けた実施機関（養成校） | 名称 |  |
| 修了日 | 　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 受講に要した経費 | ア | 　　　円 |
| ア÷２　**※10円未満切捨** | イ |  |  |  |  |  | 0 | 円 |
| 交付申請額 | 初任者研修は「５０，０００円」、実務者研修は「１００，０００円」が申請額の上限です。イと上限額を比較して、低額となる金額を記入してください。 | 円 |
| 振込先 | 金融機関、預金種別、及び口座番号 |  | 銀行信用金庫 | (該当に○) |  | 支店出張所 | (該当に○) |
| 普通 |  |  |  |  |  |  |  | （番号は左詰め） |
| （注）振込先の口座は、申請者本人名義のものに限ります。 |
| 　就業証明（勤務先証明欄） | 申請者は、当法人（事業所）に勤務する**介護職員（相談員や管理者等でない。）**であることを証明する。 |
| 証明日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 法人名称 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代表者職氏名 | 印 | 代表者印を必ず押印ください。 |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号は左詰め |
| （必要書類と注意点） |  |  |
| □　①住民票の写し（原本）：　発行から３月以内のもの。**千葉市在住者は原則不要**です。 |
| □　②市町村税に滞納がないことの証明書：発行から３月以内のもの。**千葉市在住者は原則不要**です。証明書の名称や証明範囲は市町村で異なりますので、居住地の税関係部署等にお問い合わせください。また、地方税法の規定に基づき徴収猶予の特例を利用している場合は、事前にご相談ください。 |
| □　③修了証明書の写し（コピー） |
| □　④受講料及び教材費の領収書　※原則として、申請者本人名義に発行されたものに限ります。 |