

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	チバ タロウ	
	氏名	千葉 太郎	
	生年月日	昭・ <u>平</u> 3 年 7 月 31 日	
	住所	〒〒260-8722 中央区 千葉 太郎 千葉市 <del>若葉区</del> 千葉港1番1号	
	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) 043- 245 - 5206	
Eメール	kaigohokenkanri.HWS@city.chiba.lg.jp		
他の公的制度からの助成有無申立及び個人情報利用に係る同意	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		
修了した研修 (いずれかにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 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	株式会社●●●●	
	修了日	令和 5 年 6 月 2 日	
受講料等の領収書を参照の上、「ア」にご記入ください。「イ」は10円未満切り捨てです。	ア	120,050 円	
	イ	6 0 0 2 0 円	
振込先は本人名義の口座を記入してください。	研修料	初任者研修は「50,000円」、実務者研修は「10,000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。	
	振込先	50,000 円	
交付先	預金種別、及び口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 振込先口座	
就業	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 交付申請額及び経費 <input type="checkbox"/> 交付申請額及び受講に要した経費の欄は訂正できません。書き損じた場合は、申請書をお書き直してください。	
先証明欄	証明日	令和 5 年 6 月 22 日	
	事業所所在地	社会福祉法人ちば花見川稲毛 千葉市中央区○○○1-2-3	
	担当者名	代表取締役 千葉 若葉	
	電話番号	ちば稲毛サービス事業所 千葉市稲毛区○○○2-3 千葉市花見川区○○○1-2	
	事業所番号	花見川 友子	

<提出日>  
勤務先証明(証明有効期間は20日間とする)、研修修了日、添付書類の取得日以後の日付をご記入ください。

<書き間違えた場合の訂正方法>  
(1)間違えた箇所に二重線を引く。  
(2)その上に正しい文言を書く。  
(3)その隣にフルネームで署名する。  
(申請者氏名欄が本人手書きの場合、訂正印は不要です。)

<他の公的制度からの助成有無及び個人情報の利用に係る同意>  
他の公的制度から助成を受けている場合、申請を受け付けることができません。チェック漏れのないようお願いいたします。

修了証明書を参照の上、ご記入ください。

いずれかにチェックをしてください。

受講料等の領収書を参照の上、「ア」にご記入ください。「イ」は10円未満切り捨てです。

振込先は本人名義の口座を記入してください。

<交付申請額及び経費>  
交付申請額及び受講に要した経費の欄は訂正できません。書き損じた場合は、申請書をお書き直してください。

<勤務先証明欄 日付>  
研修修了日以後、申請日前としてください。また、証明有効期間は20日間とします。

代表者印を必ず押印ください。

誤りが多いので、特にご注意ください。  
<勤務先証明欄【証明者の押印について】>  
法人の代表者印を押印してください。また、勤務先証明欄に訂正が生じた場合は、押印した代表者印での訂正が必要になります。

(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
- 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
- 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です。