

（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											
	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利用に係る同意	<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。 ・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）	<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										
	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。い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（該当に○）		支店（該当に○）								
		信用金庫	出張所									
	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										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。