

様式第1号（第6条関係）

補助金交付申請書

年 月 日

七飯町長 様

七飯町介護職員初任者研修受講補助金の交付を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者

ふりがな 氏名	
住所	〒 -
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	

2 修了した介護職員初任者研修

研修事業者名	
研修の修了年月日	年 月 日 修了
研修受講料	円（テキスト代含む。）

3 他の補助制度利用の有無（該当する□に✓を入れてください。）

- 有り（この制度は利用できません。）
 無し

4 添付書類

- (1) 受講料領収証の写し
(2) 修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し
(3) 就労証明書（様式第2号）
(4) 納付すべき市町村民税に関する納税証明書

様式第2号（第6条関係）

就労証明書

年 月 日

七飯町長 様

事業所住所

電話番号

事業所名

代表者名

印

下記の者が当事業所に勤務していることを証明します。

記

ふりがな 氏名	
住所	
勤務開始年月日	年 月 日
勤務場所	
勤務形態	常勤 非常勤 アルバイト（パート） その他（ ）
勤務日数・時間	月 日、1日 時間勤務 週 日、1日 時間勤務

※勤務形態は該当するものに○をつけてください。

※勤務日数・時間は、1箇月又は1週間の勤務日数を書いてください。

また、1日の勤務時間数を書いてください。

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

七飯町長 様

住 所

氏 名

印

交付請求書

年 月 日付けで交付決定の通知があった七飯町介護職員初任者研修受講補助金について、下記のとおり請求します。

記

交付請求額

円

振込口座を記載してください。

金融機関名		銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合										支店名	支店	
種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号											口座 名義人	

※口座番号は、右詰めで記載してください。