

様式第3号

介護資格取得支援事業助成金申請書

年 月 日

森町長 様

住 所
申請者 氏 名 ⑧
電話番号

森町介護職員人材確保対策事業実施要綱に基づき、次の関係書類を添付して資格取得助成金を申請いたします。なお、虚偽等を記載し不正に助成金を受領した場合は、資格取得助成金を返還することを誓約します。

受講者氏名		生年 月日	年 月 日
取得資格名	<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 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 ※該当する□をチェックしてください		
研修実施 事業者名			
研修期間	始期	年 月 日 開始	
	終期	年 月 日 終了	
研修受講料	① 円	介護福祉士 受験手数料	④ 円
他の助成 制度助成額	② 円	他の助成 制度の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
受講料実負担額	③(①-②) 円	資格取得 助成金 (助成率 2/3)	③×助成率又は上限額(低い額) ④×助成率 円

添付書類

- ・雇用証明書（様式第4号）
- ・宣誓書（様式第5号）
- ・受講費用及び受験手数料の領収証及び請求書の写し
- ・受講講座の修了証の写し
- ・介護資格取得支援事業助成金請求書