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

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞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 | □介護職員初任者研修　□介護福祉士実務者研修　□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 | 円 | 介護福祉士受験手数料 | 円 |
| 他の助成制度助成額 | 円 | 他の助成制度の利用 | □ 無□ 有（　　　　　　　　　　） |
| 受講料実負担額 | (－)円 | 資格取得助成金(助成率2/3) | ×助成率又は上限額(低い額)×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