

様式第1号（第6条関係）

介護職員初任者研修費助成金交付申請書

遠軽町長 様	年 月 日						
申請者（受講者）	住所 遠軽町 氏名 ㊟ 電話						
遠軽町介護職員初任者研修費助成金の交付を受けたいので、遠軽町介護職員初任者研修費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。							
受 講 者	住 所	遠軽町					
	フリガナ					性別	男・女
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
研 修 機 関							
受 講 期 間	年 月 日から 年 月 日まで						
助 成 金 申 請 額	円		千円未満切り捨て（限度額50,000円）				
他機関からの助成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（助成金額 円）						
	機 関 名						
就 労 先	法 人 名						
	事 業 所 名						
	所 在 地	遠軽町					
	就 労 日	年 月 日					
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 受講料の領収書の写し <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
振込先							
金融機関名	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店・支店 支所・出張所				
預金種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義							

【町処理欄】

決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付
交 付 金 額	円
備 考	

納税等確同意書

遠軽町介護職員初任者研修費助成事業交付申請に当たり、私及び同一世帯全員は、遠軽町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例第2条第1号に規定する町税等について、町長が納付状況等を確認することに同意します。

年 月 日

遠軽町長 様

申請者 住所 遠軽町
氏名

㊞

【世帯員の氏名等】

ふりがな 氏 名	申請者との関係	印

遠軽町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例第2条第3号に規定する町税等の納税義務者を記入してください。