

様式第1号 (第6条関係)

介護職員研修費助成金交付申請書

年 月 日				
遠軽町長 様				
申請者 (受講者)	住所 遠軽町			
	氏名 ㊟			
	電話			
遠軽町介護職員研修費助成金の交付を受けたいので、遠軽町介護職員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。