

年 月 日

魚沼市長

様

住 所

申請者 氏 名

㊞

電話番号

障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金交付申請兼実績報告書

魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。また、市税の納税状況を確認するため、税務情報を照会することに同意します。

記

( 年度)

交付申請額及び研修種別	_____ 円 ※受講料の全額 1,000円未満切捨て				<input type="checkbox"/> 社会福祉士対象課程(上限20万円) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士対象課程(上限20万円) <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修(上限16万円) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(上限10万円)
研修受講者	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日	
	在籍事業所	所在地 名 称			
研修受講料	円(消費税は除く。)				
受講期間	年 月 日から		年 月 日まで		
研修受講機関	所在地				
	名 称	電話番号			
本補助金以外以外に補助を受ける補助金の名称					
本補助金以外以外に補助を受ける補助金の額					

【添付書類】

- 対象研修の受講料の領収書の写し      対象研修の修了証の写し  
納税証明書(税務情報を照会できない場合のみ)      誓約書(別紙1)

振込先口座(申請者名義のもの)

金融機関名	銀行・信組 金庫・農協		本店・支店 支所
口座名義 (カタカナ)	口座種別 口座番号	普通 当座	No.

※通帳の写し(上記口座のカタカナ名義・支店名を確認できるページ等)を添付してください。