

## 様式第1号(第6条関係)

年　月　日

魚沼市長

様

住　所

申請者　氏　名

電話番号

## 介護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

魚沼市介護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、魚沼市介護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。

交付申請額	円　　1,000 円未満切り捨て 介護職員初任者研修：受講料の全額。上限 10 万円 介護福祉士実務者研修：受講料の全額。上限 16 万円 介護支援専門員実務研修：受講料の全額。上限 5 万円 主任介護支援専門員研修：受講料の全額。上限 5 万円			
研修受講者	ふりがな		生年 月日	年　月　日
	氏　名			
	在籍している 介護保険事業所等	所在地		
	名　称			
研修種別	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員実務研修		<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修	
研修受講料	円(消費税は除く)			
受講期間	年　月　日から　年　月　日 研修修了式　年　月　日			
研修受講機関	所在地			
	名　称		電話 番号	
本補助金以外に補助を受ける補助金の名称				
本補助金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内容のわかる明細及び領収書の写し　　納税証明書(税務情報  
を照会できない場合のみ)
- 対象研修の修了証の写し　　誓約書(別紙1)　　在籍報告書

## 振込先口座

金融機関名	(銀行・信用組合・金庫・農協)			(本店・支店・支所)
フリガナ		口　座	普　通	
口　座　名　義		番　号	当　座	

※ 通帳の写し(表紙裏面)を添付してください。