様式第１号（別表関係）

|  |
| --- |
| みよし市介護人材育成支援事業助成金交付申請書年　　月　　日みよし市長　様（申請者）　　　　　　　　住所　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話次のとおり申請します。 |
| 受講者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 研修名 |  |
| 研修機関名 |  |
| 受講期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受講料 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 他の機関等からの助成 | □なし　　　□あり　　金額　　　　　　　　　　円 |
| 機関名 |  |
| 就労先 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | みよし市 |
| 採用年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 添付書類 | □　研修修了証明書の写しその他研修を受講したことが確認できるもの□　雇用証明書その他介護事業所等の雇用状況の確認できるもの□　研修受講料(介護支援専門員資格取得研修の場合は、受験手数料を含む。)の領収書等□　他の機関等からの助成の額を証明するもの（他の機関等から助成を受けた場合に限る。） |