

第1号様式(第7条関係)

吉野町介護職員初任者研修受講料助成金交付申請兼請求書

年 月 日

(宛先)吉野町長

住所  
申請書 氏名  
連絡先

吉野町介護職員初任者研修受講料助成金の交付を受けたいので、吉野町介護職員初任者研修受講料助成事業補助金交付要綱第7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					
	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
受講料	円					
他機関からの助成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		金額	円		
	機関名					
就労先	法人名					
	事業所名					
	所在地					
	就労日	年	月	日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 受講料を支払ったことを証明するもの等の写し <input type="checkbox"/> 修了証明書または受講修了を証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 就労証明書(第2号様式) <input type="checkbox"/> 学生の場合は就職の内定がわかる書類及び学生証					

振込先

- ※ 勤務形態は該当するものに○を付けてください。
- ※ 勤務日数・時間は、1か月又は1週間の勤務日数を書いてください。  
また、1日の勤務時間数を書いてください。