様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

敦賀市介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修受講料助成金交付申請書兼請求書

　敦賀市長　　殿

　敦賀市介護職員キャリアアップ支援事業（介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修受講料助成事業）実施要綱第４条第２項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。交付決定後、助成金額を下記の口座に振込下さい。

　なお、この申請にあたり、他の同種の助成を受けておらず、助成に係る申請を行っていないことを申し添えます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 | (フリガナ) |
|  |
| 電話番号 |  |
| 内容 | 対象経費※１ | 円 | 助成(請求)金額　※２ | 円 |
| 修了日 |  |

※１　対象となる経費は介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修過程の受講料及びテキスト購入費です。

※２　助成される金額は対象経費の３分の２に相当する額（千円未満切り捨て）と、介護職員初任者研修においては６万円、介護福祉士実務者研修においては１０万円のいずれか低い額となります。

添付書類

□　介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修課程修了証の写し

□　介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修課程の受講料及びテキスト購入費の領収書

□　在職証明書（様式第２号）

□　債権者登録（変更）申請書（敦賀市に債権者登録を行っていない場合）

□　市税に未納がないことを証明する書類

|  |  |
| --- | --- |
| 振 込 先金融機関 | 　　　　　　　　　　銀　行 ・ 信用金庫　　　　　　　　　　農　協 ・ 信用組合　　　　　　　　　　　　支　店　　　　　　　　　　その他（　　　　　　） |
| 預金種別 | １ 普通　２ 当座 （どちらかに○印） | 口座番号（右づめ） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義※３ | （通帳を確認のうえ、正確にご記入ください）カナ |
| 漢字 |

※３　申請者氏名と同一のものに限らせていただきます。