

年 月 日

（あて先） 小松市長

住 所

氏 名

印

（ 年 月 日 生）

小松市介護施設職員教育訓練補助事業計画承認申請書

小松市介護施設職員教育訓練支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて事業計画承認を申請します。

1. 受講コース _____

2. 補助金予定額 _____ 円

補助金内訳表

受講料 (テキスト代含む) A	国の教育訓練給付金 (予定額) B	補助金額 (A - B) × 0.4
円	円	円

※100円未満切り捨て

4. 受講期間 年 月 日 ～ 年 月 日

5. 対象者
- ・ 就業者 ・ 就業希望者（4割）
 - ・ 教育訓練給付制度受給者（教育訓練給付金を除いた額の4割）

（該当する項目を○で囲んでください。）

6. 添付資料
- ① 就業者は保険証の写し
 - ② 就業希望者は、雇用保険受給資格者証の写し（両面）又は求職受付票（ハローワークカード）の写し
 - ③ 教育訓練給付制度受給者については、これを証する書類