

年 月 日

（あて先）小松市長

住 所

氏 名

（ 年 月 日 生）

連絡先

小松市介護施設職員教育訓練支援事業補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書

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9条から第11条に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請し、補助金額が確定したときはその支払いを請求します。

なお、本補助金の交付に必要な申請者の住民基本台帳の記録照会に同意します。

1 補助金の交付申請額 _____ 円

※申請上限額は、介護福祉士実務者研修は8万円、介護職員初任者研修は5万円です。

（交付申請額の内訳）

受講料 ※テキスト代含む (A)	本補助金以外の訓練支援等 の補助金・給付金の額 (B)	補助金交付申請額 (A - B) × 0.4 ※100円未満切捨て
円	円	0 0 円

2 振込口座 ※申請者名義の口座を記入ください

金融機関名	支店名	預金種別
銀行 信用金庫 農協	支店 支所	・普通座 ・当座
口座番号(7ケタ)	口座名義(カナ)	

3 受講内容

受講コース			
受講開始日	年 月 日	修了日	年 月 日

4 申請に必要な書類（書類が全て揃っていることを確認し、チェックを記入）

確認欄	書類名	内 容
<input type="checkbox"/>	通帳の写しなど	振込口座が確認できる書類
<input type="checkbox"/>	受講修了書の写し	
<input type="checkbox"/>	・受講料の領収書の写し ・交付・支給決定通知の写し	上記(A), (B)の金額が確認できるもの ※(B)には教育訓練給付制度等が該当
<input type="checkbox"/>	・既に介護施設で就業している場合→健康保険証の写しなど ・介護施設への就職希望者の場合→雇用保険受給資格者証(両面)の写し又は求職受付票(ハローワークカード)の写し	