

別記様式第1号

上富良野町介護職員研修費助成申請書

年 月 日

上富良野町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

印

上富良野町介護職員研修費助成事業実施要綱に基づく助成について、下記のとおり申請します。

記

研修修了者 氏名・住所	氏名
	住所
研修受講に 要した経費①	円
就労場所 就労期間	事業所名
	就労期間 年 月 日 から

助成金振込先	銀行・農協 本店・支店 信金・信組 支所・()	
	口座番号	普通・当座 ()
	口座名義	
助成金額	円 ※ 60,000円又は①×50% (100円未満切り捨て) の低い金額	

添付書類

- 研修受講に要した受講料及び教材費の領収書の写し
- 介護職員初任者研修受講修了証又は実務者研修受講修了証の写し
- 就業証明書 (別記様式第2号)
- 納税状況確認同意書 (別記様式第3号)