様式第１号（第６条関係）

砺波市介護職員初任者研修費助成金交付申請書（兼請求書）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　砺波市長　　　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　〒申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　（受講者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　砺波市介護職員初任者研修費助成金の交付を受けたいので、砺波市介護職員初任者研修費助成金交付要綱第６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。　なお、助成金の交付の決定に際し必要となる市税等の納付状況を市が調査することに同意します。 |
| 受講者 | 住所 | 砺波市 |
| 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 |
| 他機関からの助成等 | 　□　なし　　□　あり　　金額　　　　　　　　　円 |
| 機関名 |  |
| 就労先 | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 砺波市 |
| 就労日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 添付書類 | 　□　受講料の領収書の写し　□　修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し　□　実務経験証明書（様式第２号） |

　上記の助成金を次の金融機関口座へ振り込んでください。

振込先金融機関口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　銀行　・　金庫　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　組合　・　農協　　　　　　　　　　支所・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　【市処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 決定区分 | □交付　　　　　□不交付 |
| 交付金額 | 円　　　　　　　 |
| 備考 | 　 |