

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

介護職員研修費用補助金交付申請書

令和 5 年 6 月 1 日

横芝光町長 様

申請者 住所 **横芝光町宮川〇〇〇〇**  
氏名 **横芝 光太郎**  
電話 **0479-84-XXXX**

横芝光町介護職員研修費用補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、研修の受講に係る費用について、他の助成を受けていないことを申し添えます。

記

1 申請内容

受講した研修名 ※該当するものに〇印	<input checked="" type="radio"/> 介護職員初任者研修	介護福祉士実務者研修
	<input type="radio"/> 介護支援専門員実務研修	主任介護支援専門員研修
研修事業者名	株式会社 <b>△△△△△</b>	
研修修了日	令和 4 年 7 月 31 日	
交付申請額	27,000 円	
上記額の積算	研修の受講に係る費用 <u>55,000 円 (A)</u> 上限額 <u>50,000 円 (B)</u> (A) × 1 / 2 と (B) のいずれか低い額 ただし、1,000 円未満は切り捨てる。	

添付書類

- (1) 研修を修了したことを証する書類の写し
- (2) 補助対象経費に係る領収書の写し
- (3) 就業証明書（別記第 2 号様式）
- (4) 市町村税に滞納がないことを証する書類
- (5) その他町長が必要と認める書類

2 添付書類省略のための同意

私は、本町に住所を有し、添付書類 (4) は町税の納付状況について、町職員が調査するこ

横芝光町に住所がある方は、同意欄に署名することで、(4)市町村税に滞納がないことを証する書類の添付を省略することができます。

町外に住所がある方は、住所地で市町村税に滞納がないことを証する書類を取得し、提出してください。（同意欄は記載不要）

同意します。

申請者氏名 **横芝 光太郎**