

新冠町介護資格取得経費助成金交付申請書

令和 年 月 日

新冠町長 様

申請者 住 所 新冠町字

氏 名 ㊟

電話番号

生年月日 年 月 日（ 歳）

新冠町介護資格取得経費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。
なお、助成金交付決定の審査にあたり、保健福祉課が私の世帯に係る住民登録資料、
税務資料その他の関係資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

研修受講 事業者	名 称			
	所在地			
受講期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
受講料	円			
他の助成金	国・道その他団体等による助成金の有無（有・無） (助成金名： 助成額： 円) (助成金名： 助成額： 円)			
自己負担額	円			
助成申請額	円			
振 込 先 口 座	金融機関名	種目	口座番号	
	本店・支店名	1 普通		
		2 当座		
	3 その他			
フリガナ				
口座名義人				

- ※添付資料 ①介護職員初任者研修又は実務者研修を修了した旨の証明書の写し
②受講料として支払った額を証明する領収書等の写し
③口座番号等が確認できるもの（通帳の写し）
④その他、研修内容が分かる資料

町確認欄	完 納	滞 納	誓約書
納税状況 (税務課)	㊟	㊟	①