様式第1号(第4条関係)

小山町介護職員初任者研修費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

　　小山町長　様

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　小山町介護職員初任者研修費助成事業実施要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　 |
| 研修名 | 　 |
| 主催者 | 　 |
| 受講期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 受講費用 | 受講料　　　　　　　　　　円 | 教材費等　　　　　　　　　円 |
| 要介護者の状況等 | 氏名 | (　　　年　　月　　日生)　受講者との続柄(　　) |
| 要介護者の状況 | 1　要介護(　　)　　2　要支援(　　) |
| 介護の状況 | 1　現に介護　　2　過去3年以内に介護　　　　　　(　　年　　月～　　年　　月) |
| 助成要件 | 第3条第2項第1号該当　(要介護認定者又は要支援認定者を介護)第3条第2項第2号該当　(その他) |

(添付書類)

1　受講料の納付に係る領収書(写)(教材費等実費相当金額が明記されていない場合は、開催要項等による当該金額の内訳が確認できる書類を添えること。)

2　修了証書(写)