

様式第1号(第7条関係)

介護職員初任者研修補助金交付申請書

年 月 日

会津坂下町長 様

申請者	(郵便番号 ー ) 住 所 会津坂下町 (電話番号 ー ー )
	氏 名 印

補助金の交付を受けたいので、会津坂下町介護職員初任者研修補助金交付要綱（以下「補助金交付要綱」第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

介護員養成研修事業者	所在地	(郵便番号 ー ) (電話番号 ー ー )
	名 称	
	受講申込日	年 月 日
研修予定	始 期	年 月 日
	終 期	年 月 日
補助対象経費	受講料	円
	教材費	円
補助申請額	円	
添付書類	① 介護員養成研修事業者が発行する介護職員初任者研修に係る受講料及び教材費の領収書 ② 町民税納税証明書(最新の証明書に限る。)	

※ 添付書類①の領収書は、(ア)介護員養成研修事業者の名称、(イ)介護職員初任者研修の受講料の金額、(ウ)介護職員初任者研修に係る教材費の金額、(エ)受講者の氏名、(オ)支払者の氏名が明記され、領収印が押印されたものであること。