

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

湯沢町長 様

申請者 住所

氏名

印

湯沢町介護人材確保支援事業補助金交付申請書

湯沢町介護人材確保支援事業補助金の交付を受けたいので、湯沢町介護人材確保支援事業補助金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

研修 受講者	フリガナ		生 年	年 月 日
	氏 名		月 日	
	現住所	〒		
	連絡先	(電話番号)		
在籍介護 サービス 事業所等	※町内介護サービス事業所等に勤務している場合に記入			
	所在地			
	名 称			
研修種別	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修			
研修受講 機 関	所在地			
	名 称	TEL		
研修受講 期 間	年 月 日～ 年 月 日	研修受講料	円	
	研修修了式( 年 月 日)			
本補助金以外に補助金を受ける補助金の名称				
本補助金以外に補助金を受ける補助金の額		円		
補 助 金 交付申請額	円 (千円未満の端数切り捨て)	補 助 額	受講料及び教材費の全額 (上限は8万円)	

※添付資料 (1) 研修受講申込書の写し  
(2) 納税証明書