

第1号様式（第5条関係）

申請日（雇用証明日から14日以内）

富士宮市介護職員初任者研修費補助金交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号

富士宮市介護職員初任者研修費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、初任者研修に係る経費について、他の公的制度による補助等及び過去に同様の補助等を受けていないことを誓約します。

記

・申請日から1年以内の日
・修了証明日

介護職員初任者 研修実施事業者	所在地	
	名称	
研修修了年月日	年 月 日	
受講料及び教材費	領収書に記載の金額 円	
交付申請額	上記金額の半額（上限5万円、10円未満切捨て） 円	
雇用開始年月日	年 月 日	
雇用された 介護事業所	所在地	雇用証明書と同一の事業所
	名称	
	サービス種別	例：地域密着型通所介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 等
添付書類	<input type="checkbox"/> 研修の受講料及び教材費の領収書（写） <input type="checkbox"/> 研修の修了証明書（写） <input type="checkbox"/> 雇用証明書（証明日が申請日前14日以内のもの） <input type="checkbox"/> 保護者等による同意書 <input type="checkbox"/> 本人確認書類（写）	

申請日から3か月以前の日

確認したらレ点

<個人情報の利用に係る同意>

私に関する下記の情報を市が確認することに同意します。
 (1) 住民基本台帳に記載されていること。
 (2) 市税に滞納がないこと。

同意したら記名

氏名

雇用証明日

年 月 日

雇 用 証 明 書

富士宮市長 宛

所在地 法人所在地
名称 法人名
代表者 職名・氏名

次のとおり、被雇用者を介護職員として継続して雇用していることを証明します。

被 雇 用 者	住 所	
	氏 名	
雇 用 状 況	勤務先所在地	富士宮市内の事業所
	勤務事業所名	
	電 話 番 号	
	雇 用 開 始 日	年 月 日 から
	備 考	雇用証明日から3か月以前の日付

第 3 号様式（第 5 条関係）

同 意 書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所

氏 名

申請者との関係

電話番号

私は、下記申請者の富士宮市介護職員初任者研修費補助金の交付の申請に係る一切の行為に同意します。

記

申請者 住 所

氏 名