

様式第 1 号（第 8 条関係）

駒ヶ根市介護職員研修受講支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（福祉課）

（申請者）所在地（住所）
名 称（氏名）
代表者
連絡先 （ ） 印

駒ヶ根市介護職員研修受講支援事業補助金交付要綱第 8 条の規定により、補助金の交付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 交付申請兼実績報告

受講研修名		
研修修了日	年 月 日	
補助対象介護職員	住 所	
	氏 名	
交付申請額	円	

2 補助対象介護職員の就労証明

上記の介護職員の雇用に関し、下記のとおり証明します。	
年 月 日	
上記の者は、年 月 日から当事業所で雇用を開始し、本日までの間において継続して就労しています。	
事業所名	
代表者氏名	印

3 添付書類

- ☐ 研修を実施する機関が発行した当該研修を修了した旨の証明書の写し
- ☐ 受講費用の領収書等の写し
- ☐ 国、県又は他の地方公共団体若しくは公益団体等から補助を受けている場合は、当該補助金の額がわかる書類
- ☐ 受講した研修の学則又は要項の写し等の受講料及びテキスト代の額がわかる書類
- ☐ 受講した研修の日程表の写し
- ☐ その他市長が必要と認める書類