

様式第3号（第5条関係）

駒ヶ根市介護支援専門員資格取得費補助金第2号補助対象職員個票

第2号 補助対 象職員	フリガナ		勤務 開始日	年 月 日
	氏 名			
	勤務 事業所名		事業所 所在地	〒 駒ヶ根市
介護支援専門員証交付年月日			年 月 日	

補助対象経費（該当する□全てに✓）		金 額
<input type="checkbox"/> 実務研修受講試験対策講座の受講料		円
内 訳	対策講座受講料(ア)	円
	模擬試験受験料(イ)	円
	その他（教材費等）(ウ)	円
<input type="checkbox"/> 実務研修受講試験手数料		円
<input type="checkbox"/> 実務研修	受講料	円
	介護支援専門員証交付手数料（長野県収入証紙代）	円
補 助 対 象 経 費 合 計（上記の合計）		円

勤務証明	対象者が上記事業所に勤務するものであり、駒ヶ根市介護支援専門員資格取得費補助金交付要綱に規定される要件を満たしていることを証明します。
	年 月 日
	事業者（法人）名
	代表者氏名
	印