厚木市介護職員等研修受講料助成金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）

厚　木　市　長

〒

住　所

申請者　氏　名

電話番号

厚木市介護職員等研修支援事業実施要綱第６条の規定により申請します。

１　助成金交付申請額　　（100円未満切捨て）

□　厚木市在住　（研修に要した経費の３／４）

□　厚木市外在住（研修に要した経費の１／２）

２　受講研修内容等

研 修 の 種 類	
受　講　機　関	
受　講　期　間	年　　月　～　　年　　月
修了証書の交付年月日	年　　月　　日
研修に要した経費	

※　添付書類

・　受講料の金額が確認できるもの

・　修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し

・　厚木市内の指定事業所に就労していることを証明する書類

・　他の制度で助成等を受けている場合は、当該助成等の額が確認できる書類

同意書

この申請により助成金の交付を受けたことについて、公共職業安定所から照会があった場合は、助成金交付申請に係る情報を提供することに同意します。

住　所

氏　名