

# 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

印

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)

\_\_\_\_\_  
(研修に要した経費の3/4)

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
- ・ 事業所に勤務していることを証明する書類

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

印