様式第１号（第６条関係）

米原市介護員養成研修奨励金交付申請書

　　年　　月　　日

米原市長　　　　様

申 請 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　米原市介護員養成研修奨励金支給要綱第６条の規定に基づき、米原市が市税等納付状況について照合を行うことに同意し、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 　　　　 　　　　　　　　　　 　 　円 |
| 研修の名称 |  |
| 研修実施事業者名 |  |
| 受講料 | 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　円 |
| 修了年月日 | 　　　　 　　年　　　 　月　　 　　日 |
| 勤務先介護保険サービス事業所 | 所 在 地事業所名 |

様式第２号（第６条関係）

勤務証明書

　　年　　月　　日

　　米原市長　　　　様

所　　　在　　　地

法人または事業所名

代表者職氏名

連絡先電話番号

（担当者氏名　　　　　　　　　　）

下記の者は、証明日現在、介護職員として勤務を３か月間以上継続していることを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 勤務先所在地 |  |
| 勤務事業所名 |  |

様式第５号(第８条関係)

米原市介護員養成研修奨励金請求書

年　　月　　日

米原市長　　　　様

住所

請求者　氏名　　　　　　　　印

(申請者) 電話

　米原市介護員養成研修奨励金支給要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

１　奨励金対象研修過程　　　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修

２　奨励金請求額　　　　　　　　円

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　支店信用金庫　　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　支所 |
| ふりがな | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 口座番号 | 　 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |