別記第１号様式

年　　月　　日

鋸南町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

鋸南町介護職員（初任者・実務者）研修受講費等助成金交付申請書

鋸南町介護職員（初任者・実務者）研修受講費等助成金の交付を受けたいので、鋸南町介護職員初任者研修等受講費等助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修事業者 | | 名　称： |
| 所在地： |
| 研修期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 研修終了日 | | 年　　月　　日 |
| 交付申請額 | | 円 |
| 交付申請額の  算出基礎 | | 研修の受講に係る経費　　　　　　　　　円　（A）  控除すべき助成額　　　　　　　　　　　円　（B）  上限額　　　初任者研修　　５０，０００円  （C）  実務者研修　１００，０００円 ※ （（A）－（B））×１/２と（C）のいずれか低い額。  　ただし，１００円未満は切り捨てる。 |
| 添付書類 | | ・研修を行った団体が発行する受講費等の領収書  ・研修を行った団体が発行する修了証明書の写し  ・介護施設等が発行する就労証明書  ・町税に関する納税証明書  ・その他町長が必要と認める書類 |
| 同　意　書 | |
| 町税の納付状況について，鋸南町の保有する公簿等により町の職員が確認することに同意します。  申請者　氏　名　　　　　　　　　　㊞  注　同意があり公簿等により確認できるときは、添付書類のうち町税に関する納税証明書の提出を省略することができます。 | |