様式第１号

介護職員初任者研修受講補助金交付申請書

年　　月　　日

三島町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

三島町介護職員初任者研修受講料助成実施要綱第５条第１項の規定により、介護職員初任者研修受講補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　添付書類

　（１）介護職員初任者研修に係る受講料を支払ったことを証する書類

　（２）介護事業所就業・継続勤務誓約書

　（３）介護職員初任者研修修了証明書の写し

　（４）その他町長が認める書類

２　振込先口座

　介護職員初任者研修受講料助成金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関名 | 銀　　　　行  　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　農業協同組合 |
| 諸金種目・口座番号 | 普　通  　　当　座  　　その他 |
| フ　リ　ガ　ナ  口　座　名　義 |  |
|  |

３　住民票・戸籍簿状況・及び町税・使用料納入状況調査の承諾

　介護職員初任者研修受講料助成金の交付を申請するにあたり、私及び同居の家族（同居を予定している者を含む。）の住民票・戸籍簿の状況及び、町税・使用料等の納入状況を調査することを承諾いたします。

４　個人情報利用の承諾（介護事業所に勤務していない場合）

　私は、三島町が私の氏名、住所、電話番号を介護事業所に提供することを承諾いたします。