

様式第1号（第4条関係）

古座川町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付申請書

年 月 日

古座川町長 様

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

古座川町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請に当たり必要な町税等の納付状況等の把握について、町が調査することを承諾します。

記

申請者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年 齡	歳
事業者	名 称			
	所 在 地			
	就 労 年 月 日	年 月 日 予定		
受講機関名				
受講期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
受講料		円（交通費等を除く。）		
補助申請額		円		
添付書類		① 研修の実施要項等の研修内容が記載された書類 ② 研修受講修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し ③ 研修受講に係る領収書その他受講料の納付を証明する書類 ④ その他町長が必要と認める書類		