

泉大津市介護支援専門員等研修費助成金交付申請書兼請求書

泉大津市長 様

代表者の役職名も
記載ください

所在地 泉大津市東雲町〇-〇〇
事業者名 株式会社 〇〇〇〇
代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

泉大津市介護支援専門員等研修費助成金の交付を受けたいので、泉大津市介護支援専門員等研修費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付申請します。また、交付決定を受けた場合には、当該交付決定の日を請求日とし、かつ、交付決定額を請求額として請求します。

記

- 1 研修を修了した介護支援専門員等
次の者は、当事業所で介護支援専門員等として1年以上雇用している若しくは1年以上雇用予定です。

受講者氏名	泉大津 太郎
勤務する事業所名	ケアプランセンター 〇〇〇〇
採用年月日	令和〇年〇月〇〇日

2 修了した研修及び交付申請額

受講期間		令和〇年〇月〇〇日 ~ 令和〇年〇月〇〇日			
修了した研修（該当する項目に○）		受講料 (テキスト代含む)	負担した受講料 (A)	他補助金等 (B)	交付申請額
	介護支援専門員実務研修	円	円		千円未満は切捨 28,000 円 ((A) - (B)) × 1/2 ※千円未満切捨て
	介護支援専門員専門研修／更新研修Ⅰ	円	円	円	
	介護支援専門員専門研修／更新研修Ⅱ	円	円	円	
	介護支援専門員更新研修（実務経験なし）	円	円	円	
	介護支援専門員再研修	円	円	円	
○	主任介護支援専門員研修	56,300 円	56,300 円	0 円	
	主任介護支援専門員更新研修	円	円	円	

3 振込口座

〇〇〇	銀行 金庫 信用組合 農協	〇〇〇	支店 本店 出張所	口座種別 普通 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
(フリガナ) 口座名義	カ. 〇〇〇〇 株式会社 〇〇〇〇				受講料を負担した法人の 口座をご記入ください。

(添付書類)

- ・研修を修了したことを証明する書類（研修修了証明書等）の写し
- ・受講料の支払を確認できる書類（研修受講料の領収書等）
- ・市税等の滞納がないことを証明する書類