

様式第1号(第6条関係)

西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)西宮市長

(申請者)住 所 〒 \_\_\_\_\_ (※住民票所在地を記載)

(氏名ふりがな) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 (昼間連絡のつく番号) \_\_\_\_\_

西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金の交付を受けたいので、西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、市が交付要件の審査のために私に関する住民基本台帳の内容を確認することに同意します。

研 修 名	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者養成研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修				
研 修 修 了 日	年 月 日 ※研修修了日は研修修了証に記載された日付				
研修受講費・教材費	円				
交 付 申 請 額 (※訂正不可)	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>円</td> </tr> </table> ※助成対象経費の2分の1(千円未満切り捨て)又は3万5千円(実務者研修は5万円)のうち、いずれか低い額	0	0	0	円
0	0	0	円		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 研修実施事業者が発行した受講費・教材費の領収書等の写し <input type="checkbox"/> 勤務証明書(様式第2号)				

確認欄(以下の質問について、該当するものに☑をつけてください。該当しない項目がある場合は、交付要件を満たしていません。※交付要件を満たしているかどうかは添付書類等により審査します。)

研修修了日から3箇月以上かつ現在も、勤務証明書に記載の事業所で勤務していますか(休職期間を除く)	<input type="checkbox"/> 勤務している
対象研修について他の助成を受けていますか(予定を含む)	<input type="checkbox"/> 受けていない
申請日現在、研修修了日の翌日から1年以内ですか	<input type="checkbox"/> はい
領収書等は研修実施事業者が発行したものですか	<input type="checkbox"/> はい
領収書等には受講研修名、申請者氏名等が明記されていますか	<input type="checkbox"/> はい
勤務証明書は発行日から起算して1箇月以内のもの、かつ、申請日以前に発行のものですか	<input type="checkbox"/> はい

介護職員初任者研修等受講費助成金を下記の口座に振り込んでください。なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生じることについて異議はありません。(※振込先口座は申請者本人名義の口座に限ります。)

振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		( )		
	口座番号					(左詰記入)	

勤務証明書

年 月 日

(宛先)西宮市長

所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

下記の被雇用者が、下記のとおり勤務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	法 人 名	
	事 業 所 又 は 施 設 名	
	所 在 地	
	サ ー ビ ス 種 類	介護職員等の配置が必要な介護保険・障害福祉サービスを行う指定事業所のサービス名称を記載してください (例) 訪問介護
	勤 務 期 間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 現在も勤務を継続している <input type="checkbox"/> 年 月 日退職 (うち、休職期間 )
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他( ) 勤務日数(週 日間) 1日の勤務時間( 時間)	
事 務 担 当 者		連 絡 先

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」としてください。この場合は、直近3箇月の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を勤務開始日としてください。

※有効期間は、発行日から1箇月間です。

※記載事項を訂正される場合は、訂正箇所に代表者名の欄に押印された印を押印してください。

様式第1号(第6条関係)

## 西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

(宛先)西宮市長

(申請者)住所〒000-0000 (※住民票所在地を記載)

西宮市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

(氏名ふりがな) にしのみや たろう

氏名 西宮 太郎

電話番号(昼間連絡のつく番号) (0000)00-0000

西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金の交付を受けたいので、西宮市介護職員初任者研修等受講費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、市が交付要件の審査のために私に関する住民基本台帳の内容を確認することに同意します。

研修名	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者養成研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修
研修修了日	令和〇年〇月〇日 ※研修修了日は研修修了証に記載された日付
研修受講費・教材費	65000円
交付申請額 (※訂正不可)	32000円 ※助成対象経費の2分の1(千円未満切り捨て)又は3万5千円(実務者研修は5万円)のうち、いずれか低い額。
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input checked="" type="checkbox"/> 研修実施事業者が発行した受講費・教材費の領収書等の写し <input checked="" type="checkbox"/> 勤務証明書(様式第2号)

確認欄(以下の質問について、該当するものに☑をつけてください。該当しない項目がある場合は、交付要件を満たしていません。※交付要件を満たしているかどうかは添付書類等により審査します。)

研修修了日から3箇月以上かつ現在も、勤務証明書に記載の事業所で勤務していますか(休職期間を除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務している
対象研修について他の助成を受けていますか(予定を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
申請日現在、研修修了日の翌日から1年以内ですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい
領収書等は研修実施事業者が発行したものですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい
領収書等には受講研修名、申請者氏名等が明記されていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい
勤務証明書は発行日から起算して1箇月以内のもの、かつ、申請日以前に発行のものですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい

介護職員初任者研修等受講費助成金を下記の口座に振り込んでください。なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生じることについて異議はありません。(※振込先口座は申請者本人名義の口座に限ります。)

振込先口座	金融機関名	〇〇〇〇	銀行 金庫 農協	〇〇〇〇	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	(にしのみや たろう) 西宮 太郎			
	口座番号	9	9	9	9	9	9

## 勤務証明書

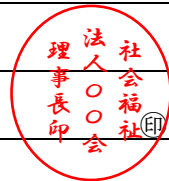
令和〇年〇月〇日

(宛先)西宮市長

所在地 西宮市〇〇町〇〇番〇〇号

法人名 社会福祉法人〇〇会

代表者名 理事長 〇〇 〇〇



下記の被雇用者が、下記のとおり勤務していることを証明します。

## 記

被雇用者	住所	西宮市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号	
	氏名	西宮 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	
勤務先	法人名	社会福祉法人〇〇会	
	事業所又は施設名	〇〇訪問介護事業所	
	所在地	西宮市〇〇町〇〇番〇〇号	
	サービス種類	訪問介護 介護職員等の配置が必要な介護保険・障害福祉サービスを行う指定事業所のサービス名称を記載してください (例) 訪問介護	
	勤務期間	令和〇年〇月〇日から <input checked="" type="checkbox"/> 現在も勤務を継続している <input type="checkbox"/> 年 月 日退職 (うち、休職期間)	
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他( ) 勤務日数(週 日間) 1日の勤務時間( 時間)		
事務担当者	〇〇 〇〇	連絡先	(0000)00-0000

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」としてください。この場合は、直近3箇月の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を勤務開始日としてください。

※有効期間は、発行日から1箇月間です。

※記載事項を訂正される場合は、訂正箇所に代表者名の欄に押印された印を押印してください。