

様式第1号（第6条関係）

助成金交付申請書

申請書を提出する日を記載してください。

2024年 ○月 ○日

豊岡市長様

申請者情報を漏れなく記載してください。

申請者 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

豊岡市介護職員養成研修費用助成金の交付を受けたいので、豊岡市介護職員養成研修費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

記

研修名 (受講した研修に○を付けてください。)	<p style="text-align: center;">初任者研修 ・ 実務者研修                  介護支援専門員取得研修・主任介護支援専門員研修</p>			
養成研修事業者等	所在地	兵庫県神戸市中央区○丁目○○—○		
	名称	株式会社○○ 神戸教室		
研修受講期間	2024年 4月 1日 ~ 2024年 9月 30日 ※交付申請期限は研修修了日から1年3箇月以内			
	受講料	80,000円		
	教材費	10,000円		
	宿泊費	16,000円		
交通費について 往復分と日数分の合計を記載してください。 複数の交通経路がある場合は別紙（任意様式）を作成し添付してください。 【記載例場合】 ・電車賃：片道140円 140円×2（往復分）×2日分=560円 ・車賃：片道144km 144km×2（往復分）×2日分=576km	費	区間	利用交通手段	
		往路	自宅～(○○ホテル・神戸市)	自家用車
			(○○ホテル)～研修場所	電車
		帰路	研修場所～(○○ホテル)	電車
			(○○ホテル)～自宅	自家用車
		公共交通機関（鉄道・バス・飛行機）合計		560円 2日間分
車賃（自家用車）		( 576 )km×37円=21,312円 2日間分		
経計		127,872円		

受講開始日から研修修了日を記載してください。

宿泊地を記載してください。

他の助成額	10,000 円
交付申請額	100,000 円 ※上限は 100,000 円
就 労 先	所在地 <span style="color: red;">豊岡市立野町〇〇—〇</span>
	事業所名 <span style="color: red;">社会福祉法人□□ △△事業所</span>
	就労開始日 <span style="color: red;">2023 年 4 月 1 日</span>
添付書類 (提出書類に✓をし てください)	<input checked="" type="checkbox"/> 研修修了証明書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 受講料の領収書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 教材費の領収書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 交通費の領収書等の写し <input checked="" type="checkbox"/> 宿泊費の領収書等の写し (宿泊施設の住所がわかるもの) <input checked="" type="checkbox"/> 他の助成を受けている場合は金額が確認できる書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 在職証明書 (様式第 2 号) ※発行日から起算して 1 箇月以内のもの <input checked="" type="checkbox"/> 実際に研修を受けた期間が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 介護福祉士試験の申し込みが確認できる書類の写し (実務者研修の場合)
私は豊岡市暴力団排除条例 (平成 24 年豊岡市条例第 32 号) 第 2 条に規定する暴力団員でないことを誓約します。	(署名) ※自署してください  <span style="color: red; font-size: 1.2em;">豊岡 太郎</span>

個人情報の利用に係る同意書

私は、豊岡市介護職員養成研修費用助成金交付申請に係る交付要件を確認するために、下記の事項に関する個人情報を利用することについて、同意します。

記

- 1 必要な交付要件を確認するため、住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 助成金の交付申請に当たり市税の納付状況を確認すること。
- 3 養成研修事業者、介護保険サービス事業者又はハローワーク等の他機関に対し、費用の助成を確認すること。

20××年   △月   □日

氏名 (自署)

豊岡 太郎

様式第2号（第6条関係）

在職証明書

年 月 日

豊岡市長様

漏れなく記載してください。

所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日時点において、下記の被雇用者を介護職員として正規雇用していることについて、次のとおり証明します。

助成金交付申請書の申請日

記

被雇用者	住 所	申請者が居住する住所	
	氏 名	申請者氏名	
勤 務 先	所 在 地	被雇用者の勤務する事業所所在地を記載	
	事 業 所 名	被雇用者の勤務する事業所名を記載	
	事 業 所 番 号	事業所番号を記載 例)280000000000	
雇 用 形 態 (✓を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 次のいずれにも該当 ・労働契約に期間の定めがない ・所定労働時間をフルタイムで勤務 ・直接雇用している		
事 務 担 当 者	豊岡 一郎	連 絡 先	12-3456

※有効期間は、発行日から1箇月間です。