

(第1号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業補助金交付申請書

川崎市長 あて

川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業に係る受講料の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、本事業の他に、受講料の補助は受けておらず、受講料の補助に係る申請も行っていないことを申し添えます。

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名			
住所	〒 ー	電話番号 (日中連絡が 取れる番号)	
養成機関名			
受講期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
介護職員初任者研修 受講料支払額※ <sup>1</sup>	円	補助金申請額※ <sup>2</sup>	円

※1：介護職員初任者研修受講料支払額は、同研修の受講料（必須のテキスト代及び実習費を含む。）として、補助金申請者が研修を実施した養成機関に直接支払った額とします。

※2：補助金申請額は、左欄受講料支払額の全額とします。

添付書類

- 1 介護職員初任者研修の受講について、受講期間の確認ができる書類、申請者が受講料を支払ったこと及び金額を証明する領収書又はそれに類する書類の写し
- 2 就業先が発行した、川崎市介護職員初任者研修受講・就労促進事業就業証明書（第2号様式）
- 3 介護職員初任者研修の修了証明書の写し