

様式第 1 号（その 2 法人用）（第 6 条関係）

年 月 日

綾部市長 様

申請者 法 人 所 在 地
法 人 名
代表者役職・氏名

綾部市介護職員研修受講支援事業補助金交付申請書（法人用）

綾部市介護職員研修受講支援事業補助金の交付を受けたいので、綾部市介護職員研修受講支援事業補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

- 1 交付申請額 金 円
- 2 添付書類
 - (1) 研修受講職員又は法人が受講料を支払ったことが確認できる書類（研修実施機関が発行した領収書の写し等）
 - (2) 研修受講職員が支払った受講料相当額の全額を法人が補填した場合、研修受講職員の受領書の写し等
 - (3) 研修を修了したことを証明する書類（研修実施機関が交付した研修修了証明書の写し等）
 - (4) 事業説明書 別紙 1 - 1（その 2 法人用）のとおり

3 事業所証明欄

番号	氏名	採用年月日	勤務先	受講研修名
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		
7		年 月 日		
8		年 月 日		
9		年 月 日		
10		年 月 日		
11		年 月 日		
12		年 月 日		
13		年 月 日		
14		年 月 日		
15		年 月 日		

上記のとおり採用し、現在正職員として勤務していることを証明します。

年 月 日

法人所在地
法人名
代表者役職・氏名

印

別紙 1 - 1 (その 2 法人用)

綾部市介護職員研修受講支援事業説明書 (法人用)

1 対象職員一覧

番号	氏 名	受講研修名	受講料×1／2 (上限10万円)	勤 務 先
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	
11			円	
12			円	
13			円	
14			円	
15			円	
合計			円	

※詳細は別添のとおり

別添
番号

1 研修受講職員

氏 名		生年月日	
勤 務 先			

2 受講した研修

受講研修名	
実施機関名	
研 修 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

3 申請額

①受 講 料	円
②受 講 料 の 1 / 2	円
③申請額（上限10万円）	円 (①受講料の1/2の額と10万円を比較し、少ない方の額を記載してください。)
④別 事 業 に よ る 補 助 金 等 の 有 無	有 ・ 無 有の場合 名称 () 円