

柏市介護職員初任者研修受講料等助成金  
 交付申請書兼実績報告書

柏市長 秋 山 浩 保 あて

申請者 住 所 氏 名 印  
 電話番号

平成 年度柏市介護職員初任者研修受講料等助成金の交付を受けたいので、柏市補助金等交付規則の規定により、下記のとおり申請し、併せて事業の完了を報告します。

記

1 補助事業等の目的及び内容（研修の種類）  
 介護職員初任者研修

2 介護職員初任者研修実施者

所在地	
名称	
電話番号	

3 補助事業等の経費の総額及び内訳

(1)受講料		円
(2)教材費		円
(3)その他（補助対象外経費）		円
(4)就労先等からの助成額	△	円
合計		円

4 研修開始年月日及び研修修了年月日

研修開始年月日	平成 年 月 日
研修修了年月日	平成 年 月 日

5 交付申請額

〔算出基礎〕 3 (1)と(2)の合計額から(4)の額を控除した額の2分の1の額（50,000円を上限とし、1,000円未満切り捨て）

\_\_\_\_\_ 円

## 6 添付種類

- (1) 住民票の写し
- (2) 市民税に滞納がないことを証明する書類
- (3) 介護職員初任者研修実施者が発行する介護職員初任者研修修了証書
- (4) 介護職員初任者研修実施者が発行する対象経費に係る領収書
- (5) 就労証明書（様式第2号）
- (6) 対象経費について、就労先である介護サービス事業所の運営法人等から助成等を受け、又は受ける予定の場合は、当該助成等の金額等が確認できる書類
- (7) その他市長が必要と認める書類

### 添付書類省略のための個人情報利用に係る同意書

私は、「6 添付書類」のうち「(1) 住民票の写し」及び「(2) 柏市の市民税に滞納がないことを証明する書類」を省略するため高齢者支援課職員が私の住民登録情報及び市民税の納税情報を市役所内関係部署に照会・確認することについて

- 同意します                       同意しません  
(該当する□に✓をつけてください)

※「同意しません」を選んだ方は「6 添付書類」(1)(2)を添付してください。

### 他の補助に関する確認書

私は、受講料及び教材費について、就労先である介護サービス事業所の運営法人等から助成等を受けている、又は受ける予定が

- あります                       ありません  
(該当する□に✓をつけてください)

※「あります」を選んだ方は「6 添付書類」(6)の書類を添付してください。

### 他の公的な制度による補助を受けていないことの証明書

私は、柏市介護職員初任者研修受講料等助成金の交付の申請にあたり、他の公的な制度により介護職員初任者研修の受講料及び教材費に対する費用の助成等を受けておらず、また今後も受けることがないことを証明します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※上記の証明書に記名押印がない場合は、補助対象となりません。