

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市介護職員喀痰吸引等研修
交付申請書兼実績報告書

【申請者が法人の場合】
柏市〇××-□-△
社会福祉法人 柏〇〇会
理事長 柏 太郎

柏市長 太田和美 へ

申請者 法人所在地 柏市××〇-△-□
法人名 特別養護老人ホーム××
代表者職・氏名 施設長 柏 花子 (印)

令和〇〇年度柏市介護職員喀痰吸引等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）
介護職員喀痰吸引等研修 第1号研修・第2号研修
（どちらかを○）

2 事業所

所在地	柏市××〇-△-□
名称	特別養護老人ホーム××

3 研修開始及び修了年月日

	受講者（1）	受講者（2）
研修開始	令和〇〇年〇〇月〇〇日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
研修修了	令和〇〇年〇〇月〇〇日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

4 受講者及び補助事業等の経費内訳

No.	受講者氏名	登録研修機関名	受講料等	受講料等のうち法人負担額 ※1	補助金交付申請額 ※2
1	〇〇△△	医療法人社団〇×病院	90,000円	45,000円	22,000円
2	□□××	医療法人社団〇×病院	90,000円	45,000円	22,000円

※1 法人負担額は、受講料等の2分の1以上の額とすること。

※2 ※1の金額に2分の1を乗じた額（1人につき、上限額7万円）
ただし、当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、切り捨てる

5 交付申請額

44,000 円 （4の補助金交付申請額の合計）

6 添付種類

- (1) 市税に滞納がないことを証明する書類
- (2) 喀痰吸引等研修実施者が発行する申請に係る研修修了証書の写し
- (3) 喀痰吸引等研修実施者が発行する申請に係る対象経費が明らかとなる領収書
- (4) 登録喀痰吸引等事業者若しくは登録特定行為事業者であることを証明する書類
- (5) 事業所からの助成金額等が確認できる書類
- (6) その他市長が必要と認める書類

継続勤務，受講料事業所負担の証明

①私は、喀痰吸引等研修を修了してからこの申請書兼実績報告書が提出されるまでの間、この申請者の運営する事業所に3か月以上継続して勤めていることを

証明します。 証明しません。

②私は、「6 添付書類」のうち「(5)事業所からの助成金額等が確認できる書類」の提出を省略するにあたり、「4 受講者及び補助事業等の経費内訳」のとおり、事業所が研修の受講費を負担して、喀痰吸引等研修を受講したことを

証明します。 証明しません。

受講者氏名 ○ ○ △ △ 印

受講者氏名 □ □ × × 印

※①を証明できない場合は助成対象外となります。②を証明できない場合は「6 添付書類」(5)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

【申請者が法人の場合】

柏市○××-□-△
社会福祉法人 柏○○会
理事長 柏 太郎

喀痰吸引等研修受講料等助成金の交付の申請する公的な制度により介護職員喀痰吸引等研修の受講料に対する費用の助成等を受けておらず、滞りなく支払うことができないことを証明します。

住所 柏市××○-△-□

法人名 特別養護老人ホーム××

代表者名 施設長 柏 花子 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。