

(様式第 1 号)

年 月 日

(宛先) 小樽市長

小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金申請書

小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金の交付を受けたいので、小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金交付要綱第 7 条に基づき、下記のとおり申請し、交付決定された場合は、下記の口座に振り込まれるように申し込みます。

記

申請（請求）者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	印		
住 所	〒 - 電話（ ） -		
受講研修名			
研修実施機関名			
受講期間	年 月 日から 年 月 日まで		

受講料の金額	円
申請（請求）金額	円

※金額は、訂正印等で訂正できません。

< 振込先 >

口座名義	フリガナ							
金融機関	銀行（金庫・組合）						支店	
口座番号	普通・当座							

※振込先通帳の写し（振込先（カナ）の記載事項を確認できるページ）を添付してください。

裏面も記載してください。

<その他必要情報>

勤務先	法人名		
	事業所名		
申立事項	・私は助成を受けるにあたり、国、北海道、その他の公的機関又は介護サービス事業所から他の助成を受けていません。 ・小樽市が住所地及びの納税状況について、関係機関に調査することについて同意します。 ・小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金交付要綱第 11 条の規定により、助成金の返還を命じられた場合は、速やかに返還します。 ・申請書及び提出書類の内容は全て事実と相違ありません。	申請者氏名	印

以下の欄は、事業主（法人等）が記載してください。

<就業状況確認>

申請者の 勤務開始年月日	年 月 日から雇用継続中
-----------------	--------------

上記のとおり申請者が就業中であることを証します。

令和 年 月 日

住 所
事業主

印

<助成金の申請に当たっての注意事項>

- 1 助成金の支給対象は、対象研修の受講料（テキスト代含む。）です。
- 2 小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金（以下「助成金」という。）の支給額は、申請書類に基づき、受講研修名に応じて決定されます（詳細は交付要綱を御確認ください。）。
- 3 申請内容について、市が事業主や研修機関の関係機関に確認を行うことがあります。
- 4 助成金の支給を受けるためには、この申請書に、研修機関が発行する受講の修了証及び領収書等の写しを添えて、市に申請手続を行う必要があります。
- 5 内容の審査に当たり、提出書類以外にも書類の提出をお願いする場合があります。
- 6 申請内容に虚偽が発覚した場合は、助成金を支給しない場合があります。また、助成金の支給後に虚偽等が発覚した場合は、助成金の返還を命ずることがあります。