

(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。

