第１号様式（第７条関係）

奈良市介護資格取得支援事業助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）奈良市長

奈良市介護資格取得支援事業助成金の交付を受けたいので、奈良市介護資格取得支援事業助成金交付要領第７条の規定により、次のとおり申請します。併せて、同要領第４条に規定する交付対象者の要件を満たしていることを誓約します。また、同要領第８条に規定する個人情報の利用について同意します。

申請者	フリガナ 氏名		
	住所	〒	
	電話番号		
研修の種類 （該当に○）		１.介護職員初任者研修 ２.介護福祉士実務者研修	
交付申請額 （千円未満切り捨て）		,０００円	初任者研修：上限５万円 実務者研修：上限８万円
受講料等 （受講料・教材費）		円（税込）	
研修修了日		年　　月　　日	

〈振込先口座情報〉

金融機関名		銀行コード				店舗名		店舗コード		
	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協					本　店 支　店 支　所 出張所				
種目		口座番号						口座名義（フリガナ）		
１　普通預金 ２　当座預金 ３　その他										
支払い方法		口座払								

〈在籍証明〉

※事業者の方が記入してください。

在籍証明

年　　月　　日

事業者　所在地

法人名

代表者職名・氏名

下記の者について、　　年　　月　　日現在当法人に在職していることを証明します。

申請者	氏名	
	住所	〒
	生年月日	
	勤務先	（事業所番号） （事業所名） （サービス種別）
	職種 （該当に〇）	1.介護職員のみ 2.介護職員以外の職種との兼務有り →兼務有りの場合、下記の（　）内に時間数を記入してください。 （直近３か月の勤務時間の合計　　時間） （うち、介護職員としての勤務時間　　時間）
	勤務期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日現在まで
事業者担当者名		電話番号