

様式第1（第6条関係）

稲沢市介護職員等研修受講料補助金交付申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 所在地.....  
名 称.....  
代表者氏名.....  
電話番号(.....).....

稲沢市介護職員等研修受講料補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のように補助金の交付を申請します。

事業所	所在地	
	名称	
受講者氏名		
研修名		
受講料		円
事業者負担受講料		円
申請額		円

添付書類

- (1) 受講する研修の実施日及び受講料を確認できる書類
- (2) 事業者負担受講料の額を確認できる書類
- (3) 研修を修了した職員について、研修を修了した日から1年以内に市内の事業所で6月以上雇用する旨の誓約書

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。