

年 月 日

佐渡市長 様

(申請者)住所
氏名
電話番号

介護・福祉の人材育成及び確保事業補助金交付申請書

下記のとおり補助金の交付を受けたいので、同要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助対象事業名	社会福祉従事者等資格取得支援・保育士資格取得支援 資質向上支援	
2 補助金交付申請額	円	月額： 円 期間： 年 月～ 年 月(箇月間) ※期間の終期は年度末までとする。
3 勤務先又は学校等の名称	住所 名称	
4 従事した日	年 月 日	
5 取得する資格の名称	社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・社会福祉主事 介護職員初任者研修課程・実務者研修課程・喀痰吸引等研修 保育士・介護支援専門員・手話通訳者・要約筆記者	
6 受講する研修		
7 研修会又は資格取得の目的		
8 研修会又は資格取得年月日	年 月 日	
9 受講者数		
10 研修会又は受験等に要する額	円	

11 添付書類	社会福祉従事者等資格取得事業及び保育士資格取得事業 1 受験等に要する経費を明らかにする書類 2 資格取得を証明できる書類の写し 3 受講の場合は修了を証する書類の写し 資質向上事業 1 資格取得を証明できる書類の写し 2 受講の場合は受講内容及び受講修了を証する書類の写し
佐渡市介護・福祉の人材育成及び確保事業補助金交付要件確認のため、住民基本台帳及び市税等の滞納状況を確認されることを承諾します。 また、必要があるときは、私が勤務する事業所へ確認されることを承諾いたします。 氏 名	