**標茶町介護資格取得支援助成金交付申請書**

（申請先）標茶町長

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏　名 | ㊞ | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　日中連絡が取れる電話番号  標茶町 | | | | | | | | | |
| 学校名・  クラス名 |  | | | | 担任氏名 | | |  | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏　名 | ㊞ | | | 性　別 | 男・女 | | 申請者  との関係 | | | 父・母  その他 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　日中連絡が取れる電話番号 | | | | | | | | | |
| 介護員養成研修  実施事業者 | | 所在地 | 〒　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | |
| 受講申込日又は申込予定日 |  | | | | | | | | |
| 研修講座名 | | 介護初任者研修　　　　介護福祉士実務者研修 | | | | | | | | | |
| 研修予定期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | |
| ①受講料及び教材費  （助成対象経費） | | 円 | | | | | | | | | |
| 交付申請額  ①の７割（※高校生等の場合は9割）  （100,000円限度） | | 1,000円未満の端数は切捨てる。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |

備考　1　学校名・クラス名欄、担任氏名欄は高等学校等の生徒のみご記入ください

　　　2　保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

|  |
| --- |
| 私は、介護分野への就職を希望していますので、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を受講いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人署名欄） |

以下　高等学校等在学生の方のみ学校長が記入

|  |
| --- |
| 上記の者は、介護分野への就職を希望しており、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を修了する意欲・能力を有していると認められるので、推薦いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学校名欄）  　　（学校長記名欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 添付書類  　□　対象講習内容が記載されたパンフレット等の写し  　□　申立書兼個人情報利用及び調査に係る同意書（別記様式第２号）  　□　（高等学校等の生徒の方）学生証の写し |