様式第１号（第５関係）

介護職員研修等補助金交付申請書

年　　月　　日

川根本町長　　　　　　様

住　　所

氏　　名

電話番号

　　　　　年度において川根本町介護職員研修等補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の交付決定審査のため、申請者の町税等の納付状況に関する事項について、川根本町が調査することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付申請額 | 円 | |
| 研修実施事業者名 |  | |
| 受講料 | 円 | |
| 修了年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 勤務先 | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |