様式第１号（第６条関係）

年　月　日

（宛名）伊達市長

伊達市医療・介護人材キャリアアップ支援事業補助金交付申請書兼請求書

申請者	所在地	
	名称	
	代表者職氏名	

伊達市医療・介護人材キャリアアップ支援事業補助金交付要綱に基づき申請します。

１．申請者が受講料等を負担した職員

フリガナ		生年月日	
氏名		電話番号	
住所			
勤務先事業所	名　称		
	所在地		
研修等の種別 ※該当□にレ印	□介護職員初任者研修　□介護福祉士実務者研修　□介護福祉士　□認定看護師 □介護支援専門員実務研修　□主任介護支援専門員研修　□その他（　　）		
研修等実施機関		研修修了等の日	

２．補助対象経費と交付申請額

申請者が負担した受講料等の額…①	円
交付申請額（①×1/2（千円未満切捨て）又は上限額（認定看護師：50 万円、それ以外の資格：５万円）のうち低い方の額）	円

３．補助金の振込先（申請者の口座に限る。）

金融機関名	銀行・信金		本店・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		
	名義		

４．申請事務担当者連絡先

担当者名		電話		Ｅメール	

添付書類　□　職員が受講又は受験した研修等の実施機関が発行する受講料等の領収書の写し
□　職員が研修等を修了し、又は資格を取得したことを証する書類の写し
□　在職証明書
□　その他（　　）

同意事項　□　申請内容に事実と相違があることが判明した場合、補助金の交付決定の取消しに応じます。
□　伊達市が必要とするとき、この申請に関する調査及び報告又は書類の提出を求めることに同意します。