

別記様式第1号(第4条関係)

えびの市介護職員初任者研修受講料助成金申請書

年 月 日

(宛先) えびの市長

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

えびの市介護職員初任者研修受講料助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく交付決定に当たり、えびの市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び関係機関等に必要な事項について問い合わせることに同意します。

記

初任者研修受講者	住 所		
	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年	月 日
内 訳	初任者研修受講料額	教育訓練給付金額	助成金額
	円	円	円

※添付する書類

- 1 修了証明書の写し
- 2 初任者研修受講料の領収書の写し