

様式第1号(第7条関係)

介護資格取得支援給付金交付申請書兼請求書

年 月 日	
新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様	
〒	住所
申請者 (職員又は 事業所)	氏名(名称) ㊟
	電話
<p>介護資格取得支援給付金の交付を受けたいので、新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合介護資格取得支援給付金交付要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。</p>	
介護職員実務者 研修受講者	住 所
	フリガナ
	氏 名
	生年月日
研 修 期 間	年 月 日 年 月 日まで(通信による自宅学習期間含む) ※通信による受講以外の受講日()
受 講 機 関	
対 象 経 費	円…①※申請者が職員の場合は受講料
他 機 関 か ら の 助 成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 金額 円…②
	機 関 名
申 請 額	円…(①-②)
就 労 先 事 業 所	法 人 名
	事 業 所 名
	所 在 地
	就 労 日
添 付 書 類 (申請者が職員 の場合は⑥以 外、事業所の場 合は③・⑤以外 を添付のこと)	① 介護職員実務者研修受講料等領収書の写し ② 介護職員実務者研修修了証明書又は受講修了を証明する書類の写し ③ 就労証明書 ④ 労働条件通知書及び雇用契約書の写し ⑤ 市町村税納税証明書または非課税証明書 ⑥ 受講日が勤務した日と確認できる書類

上記の給付金を下記の金融機関口座へ振り込んでください。

(振込先) ※ゆうちょ銀行への振り込みをご希望の場合は、店名・口座番号を記入することもできます。

金 融 機 関 名	銀行・農協・金庫							本店・支店			
	組合・信漁連							支所・出張所			
預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号									
ゆうちょ銀行	記号			0	番号						
口座名義(カタカナ)											

就 労 証 明 書

住 所			
氏 名	フリガナ	性 別	男・女
生 年 月 日	年	月	日
就 労 (雇 用) 年 月 日	年	月	日
就 労 先	所 在 地		
	名 称 (事 業 所 名)		
	電 話 番 号		
就 労 先 が 提 供 す る 介 護 保 険 サ ー ビ ス の 種 類	<input type="checkbox"/> 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第1項に規定する居宅サービス <input type="checkbox"/> 法第8条第14項の規定する地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 法第8条第26項に規定する施設サービス <input type="checkbox"/> 法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業（訪問型・通所型サービス）		
従 事 す べ き 業 務 の 内 容			

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

上記の者は、上記事項のとおり、就労(雇用)日から当施設・事業所において現在も勤務していることを証明します。

年 月 日

所在地

事業者名又は法人名

代表者職氏名

電話番号




【注意事項】

- ① 社印又は代表者の印のないものは、無効です。
- ② 訂正した場合は、社印又は代表者の職印を押印してください。
- ③ 上記の事項が事実と異なっていたときは、申請者から給付金を返還していただきます。

介護資格取得支援給付金交付決定(却下)通知書

新介ケ第 号
年 月 日

住所
氏名 様
(名称)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
理事長 

年 月 日付けで申請のあった介護資格取得支援給付金の交付については、
下記のとおり交付・却下することにしたので通知します。

記

1 交付決定額 金 円

2 交付条件

- ・理事長が偽りその他不正な手段等により給付金の交付を受けたと認めたときは給付金の全額を返還すること。

(却下の場合)

却下の理由