

(様式1)

介護員養成研修受講費助成申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会会長 様

法 人 名 _____

法人代表者名 _____

介護員養成研修受講費の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | |
|----------------|-------|-----------------------|
| 申請者 (介護事業所) | 事業所名 | |
| | 代表者名 | |
| | 所在地 | 〒 _____ |
| | 事業所種別 | |
| | 電話番号 | |
| | 担当者名 | 職名 : _____ 氏名 : _____ |

| | | |
|-----------------|---------------|--------------------|
| 研修受講者 (介護職員) | (フリガナ) 氏 名 | _____ |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳) |
| | 電話番号 | |
| | 住 所 | 〒 _____ |

| | | |
|-----------------|-------|---------------------|
| 介護員養成研修 実施機関 | 実施機関名 | |
| | 所在地 | 〒 _____ |
| | 電話番号 | |
| | 研修日程 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |

| | | |
|-----------------------|--------|---------------------------|
| 助成金額 (上限 55,000 円) | 受講料等 | 円 (受講料及び教材費) |
| | 事業所負担額 | 円 (領収書等記載金額) |
| | 助成申請額 | 円 (事業所負担額の 2/3・100 円未満切捨) |

(添付書類)

- 1 介護員養成研修実施機関が発行する受講料等の領収書 (写) ※事業所が負担したと分かるもの
- 2 受講した介護員養成研修の開催要項 (写)
- 3 受講した介護員養成研修のカリキュラム (写)
- 4 介護職員の雇用を証明する書類 (雇用契約書、労働条件通知書、内定通知書等) (写)

(様式2)

介護員養成研修受講費助成交付決定通知書

媛社人第 号
令和 年 月 日

(法人代表者名) 様

愛媛県社会福祉協議会
会長 本 田 元 広
(会長印省略)

令和 年 月 日付けで申請のあった介護員養成研修受講費助成については、下記のとおり交付を決定しましたので通知します。

なお、本通知の内容をご確認いただき、介護員養成研修受講促進事業実施要領10の規定により、「介護員養成研修受講費助成金請求書」(様式6)にて下記助成金額をご請求ください。

記

- 1 事業所名 _____
- 2 研修受講者名 _____
- 3 研修実施機関名 _____
- 4 助成交付決定額 _____ 円

(様式3)

介護員養成研修受講費助成交付不承認通知書

媛社人第 号
令和 年 月 日

(法人代表者名) 様

愛媛県社会福祉協議会
会長 本 田 元 広
(会長印省略)

令和 年 月 日付で申請のあった介護員養成研修受講費助成については、下記の事由により不承認となりましたので通知します。

記

- 1 事業所名 _____
- 2 研修受講者名 _____
- 3 研修実施機関名 _____
- 4 不承認事由 _____

(様式4)

介護員養成研修受講費助成申請取下書

令和 年 月 日

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会会長 様

法 人 名 _____

法人代表者名 _____

令和 年 月 日付けで交付決定された介護員養成研修受講費助成については、介職員養成研修事業実施要領9の規定により、申請を取り下げます。

記

1 事業所名 _____

2 研修受講者名 _____

3 取下の理由 _____

(様式5)

介護員養成研修受講費助成交付決定取消通知書

媛社人第 号
令和 年 月 日

(法人代表者名) 様

愛媛県社会福祉協議会
会長 本 田 元 広
(会長印省略)

令和 年 月 日付けで提出された介護員養成研修受講費助成取下書により、下記のとおり交付決定を取消しましたので通知します。

記

- 1 事業所名 _____
- 2 研修受講者名 _____
- 3 研修実施機関名 _____
- 4 助成取消額 _____ 円

(様式6)

介護員養成研修受講費助成金請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会会長 様

(請求者)

住 所 _____

法 人 名 _____

代表者名 _____

令和 年 月 日付けで助成金交付決定の通知を受けた介護員養成研修受講費助成について、下記のとおり助成金を請求します。

記

1 助成金請求額 _____ 円

2 対象者

| | |
|------|---------------------|
| 事業所名 | |
| 担当者名 | 職名： _____ 氏名： _____ |
| フリガナ | |
| 受講者名 | |

3 振込先

| | | | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 金融機関名 | 銀行 | | | | 支店名 | 支店 | | |
| | 信用金庫 | | | | | | | |
| | 農協 | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | |
| | 該当に○をご記入ください。 | | | | | | | |
| 金融機関コード | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 支店コード | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 預金種目 | 番号を記入 | 普通…1 | 口座番号 | 左づめでご記入ください。 | | | | |
| | <input type="text"/> | 当座…2 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | 貯蓄…4 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | その他…9 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | | |

4 添付書類 介護員養成研修実施機関が発行する修了証明書 (写)