

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

住 所

申請者 氏 名 ㊟

電話番号

障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金交付申請兼実績報告書

魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市障害福祉職員キャリアパス支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

交付申請額	円 1,000 円未満切り捨て 社会福祉士対象課程：受講料の全額。上限 20 万円 精神保健福祉士対象課程：受講料の全額。上限 20 万円 介護福祉士実務者研修：受講料の全額。上限 16 万円			
研修受講者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏 名		月日	
	在籍している 障 害 福 祉 事 業 所	所在地 名 称		
研修種別	<input type="checkbox"/> 社会福祉士対象課程 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士対象課程 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修			
研修受講料	円(消費税は除く。)			
受講期間	年 月 日から 年 月 日まで 研修修了式 年 月 日			
研修受講機関	所在地			
	名 称		電話 番号	
本補助金以外以外に補助を受ける補助金の名称				
本補助金以外以外に補助を受ける補助金の額				

【添付書類】

- 対象研修の受講料の領収書の写し 対象研修の修了証の写し
 納税証明書 誓約書(別紙1)

振込先口座

金融機関名	(銀行・信用組合・金庫・農協) (本店・支店・支所)		
フリガナ	口座	普通	
口座名義	番号	当座	

※ 通帳の写し(表紙裏面)を添付してください。