（様式１）

介護職員初任者研修受講費助成申請書

平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　介護職員初任者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） |
| 性　別 | 男　・　女 | 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 初任者研修実施機関 | 実施機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 研修日程 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　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　介護職員初任者研修実施機関が発行する受講料等の領収書（写）

　２　受講した介護職員初任者研修の開催要項又はカリキュラム（写）

　３　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）

介護職員初任者研修受講費助成交付決定通知書

平成　　年　　月　　日

（法人代表者名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛県社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　中　山　紘治郎

　平成　　年　　月　　日付けで申請のあった介護職員初任者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、介護職員初任者研修受講促進事業実施要領10の規定により、「介護職員初任者研修受講費助成金請求書」（様式４）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）

介護職員初任者研修受講費助成交付不承認通知書

平成　　年　　月　　日

（法人代表者名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛県社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　中　山　紘治郎

　平成　　年　　月　　日付けで申請のあった介護職員初任者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）

介護職員初任者研修受講費助成申請取下書

平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　平成　　年　　月　　日付けで交付決定された介護職員初任者研修受講費助成については、介護職員初任者研修受講促進事業実施要領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）

介護職員初任者研修受講費助成交付決定取消通知書

平成　　年　　月　　日

（法人代表者名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛県社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　中　山　紘治郎

　平成　　年　　月　　日付けで提出された介護職員初任者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）

介護職員初任者研修受講費助成金請求書

平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　平成　　年　　月　　日付けで助成金交付決定の通知を受けた介護職員初任者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　受講料等　　　　　　　　　　　　　　円

２　事業所負担額　　　　　　　　　　　　円

３　助成金請求額　　　　　　　　　　　　円

４　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 |  | 支　店コード |  |
| 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。 |
| 当　座…２ |
| 貯　蓄…４ |
| その他…９ |
| 口座名義 | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

５　添付書類　　　介護職員初任者研修実施機関が発行する修了証明書（写）