

日田市介護職員初任者研修受講一次助成金支給申請書兼請求書

一次

フリガナ 申請者		生年月日	
-----		昭和 ・ 平成	
年 月 日			
講習実施者		受講場所	
講習期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日まで
金 額			
①対象経費(受講料・テキスト代)		円	
②当助成以外の補助額合計		円	
③助成対象経費(①-②)		円	
一次助成額(③の20%以内)		円	
備考欄 :			
口座振替 依頼欄	銀行 協 農 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座番号 1 普通 2 当座 3 その他
	フリガナ		
	口座名義人		

日田市長 様

上記のとおり関係書類を添えて、介護職員初任者研修受講料への一次助成交付を申請します。

平成 年 月 日

〒 -

住 所

氏 名 (印) (連絡先 - -)

(市記入欄)

(滞 納)
有 ・ 無

- (添付書類)
- ①受講修了を証明する書類
 - ②領収書
 - ③滞納のない証明
※税務課で取得
 - ④誓約書

チェック

(支給金額)

円