

様式第1号（第7条関係）

## 介護人材育成支援事業補助金交付申請書

年 月 日

大田市長 様

下記のとおり試験の受験料又は研修等の受講料の補助を受けたいので、大田市介護人材育成支援事業補助金交付要綱第7条の規定により関係書類を添えて申請します。

また、交付決定の審査に当たっては、  
を閲覧することに同意します。

本人の署名以外の  
場合は、押印が必  
要です。

する税情報

申請者	フリガナ	オオダ タロウ	生 年 月 日	〇年〇月〇日
	氏名	大田 太郎		
	現住所	大田市大田町大田〇1234 ( TEL 〇〇-〇〇〇〇 )		
勤務先	所在地	大田市大田町大田〇1111		
	事業所名	〇〇事業所		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士試験 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員実務研修受講試験 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員試験合格対策講座			
受験料又は受講料	〇〇〇〇〇円	受験日又は修了日	〇年〇月〇日	
補助金申請額	〇〇〇〇〇円 (百円未満切り捨て)	補助額	介護福祉士試験又は介護支援専門員実務研修受講試験：受験料×8/10	
			介護職員初任者研修又は介護職員実務者研修：受講料×1/2（上限額5万円）	
			介護支援専門員試験合格対策講座：受講料×1/2以内	

記載例

様式第1号の2 (第7条関係)

就 労 証 明 書

補助金申請者	氏 名	大田 太郎	生年月日	○年 ○月 ○日
	住 所	大田市大田町大田口 1234		
就 労 先	所 在 地	大田市大田町大田口 1111		
	名 称	〇〇〇事業所		
	採用年月日	○年 ○月 ○日		

上記のとおり就労していることを証明する。

○年 ○月 ○日

事業者 所在地 大田市大田町大田口 2222  
名称 〇〇〇〇 (法人名)  
代表者氏名 〇〇〇〇〇



代表者の印が  
必要です。

記載例

様式第1号の3（第7条関係）

誓 約 書

私は、大田市介護人材育成支援事業補助金交付申請にあたり、大田市介護人材育成支援事業補助金交付要綱第10条の規定による補助金の返還を命じられた場合は、速やかに返還することを誓約します。

〇年 〇月 〇日

大田市長 様

申請者 住所 大田市大田町大田口 1234  
氏名 大田 太郎

本人の署名以外  
の場合は、押印  
が必要です。

記載例

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

大田市長 様

日付けは空欄

申請者 住所 大田市大田町大田口 1234

氏名 大田 太郎

大田印

日付け等は空欄

介護人材育成支援事業補助金交付請求書

押印が  
必要です。

年 月 日付け指令 第 号で交付決定及び確定のあった見出しの補助金について、大田市介護人材育成支援事業補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 金額	〇〇〇〇〇円	
2 振込先	金融機関名	〇〇銀行
	支店名	〇〇支店
	口座種別	普通 当座
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人	フリガナ オオダ タロウ 大田 太郎

記載例

様式第6号（第10条の2関係）

〇年 〇月 〇日

大田市長 様

住所 大田市大田町大田口 1234

氏名 大田 太郎

本人の署名以外  
の場合は、押印  
が必要です。

異動届出書

下記のとおり異動したので、大田市介護人材育成支援事業補助金交付要綱第10条の2の規定により、届け出ます。

1. 届出事項

介護サービス事業所を退職した

(退職日: 年 月 日)

2. 上記異動の理由

自己の都合による

雇用主の都合による

病気又は災害による

その他 ( ) による