（第１号様式）

平成　　年　　月　　日

　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒

住　　　所

法人等名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

担当者氏名

平成２９年度介護職員初任者研修支援事業助成金交付申請書

このことについて、平成２９年度介護職員初任者研修支援事業実施要項の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

【１】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等が経営する施設又は事業所名 |  |
| 研修（予定）機関の名称 |  |
| 研修受講(予定)時期 |  |
| 受講人数 | 人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付） |

【２】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等が経営する施設又は事業所名 |  |
| 研修（予定）機関の名称 |  |
| 研修受講(予定)時期 |  |
| 受講人数 | 人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付） |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の受講に係る費用の収支予算書 | 別紙（第１号様式①）を添付  （施設、事業所を運営する事業者（法人、個人営業者）で一括整理） |

（第１号様式①）

平成２９年度　介護職員初任者研修支援事業　収支予算書

助成金交付申請額　　　　　　　　　　円（百円未満切り捨て）※収支予算書の（Ａ）を記入

　収　入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
| 支援事業助成金（Ａ） | 円 | （百円未満切り捨て） |
| 自　己　資　金 | 円 |  |
| そ　　の　　他 | 円 |  |
| 合　　　　計　（Ｂ） | 円 | （Ｃ）と一致のこと |

　支　出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 合　　　　計　（Ｃ） | 円 | （Ｂ）と一致のこと |