

鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付申請書

鎌倉市長 宛

鎌倉市介護従事者資格取得補助金を受けたいので、次のとおり申請します。また、この補助金の交付事務において、申請者の氏名、住所の確認のため、鎌倉市職員が申請者に係る住民基本台帳の情報を利用することに同意します。

なお、本事業のほかに、当該研修費用に対する補助は受けておらず、また、当該研修費用の補助に係る申請も行っていないことを申し添えます。

申請者	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	住所	〒 ー		
	勤務先	名称		
住所		〒 ー		
採用年月日		年	月	日
受講研修種別	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員に係る実務者研修	養成機関名		
研修期間	年 月 日～ 年 月 日	研修修了年月日	年	月 日
研修費用 支払額	円	補助金申請額※	円	

※：補助金申請額は30,000円を上限とし、研修費用が30,000円未満である場合はその金額とする。

◇ 添付必要書類

- (1) 研修費用に係る領収証の写し
- (2) 研修実施者が発行した研修修了証明書の写し
- (3) 介護保険施設又は事業所が発行する鎌倉市介護従事者資格取得助成事業就業証明書（第6号様式）

(第2号様式)

第 号
年 月 日

(住所)

(宛名) 様

鎌倉市長

印

鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付で申請を受けました、鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、審査の結果、次のとおりの結果となりましたので、お知らせします。

<input type="checkbox"/> 交付します		<input type="checkbox"/> 交付しません	
補助金交付決定額	円		
研修の種類	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員に係る実務者研修		

【条件】

- 1 当該補助金を受ける者は、補助事業等を実施することの社会的な責任を自覚し、法令等を遵守すること。なお、法令等の遵守状況を確認するため、鎌倉市が報告を求めた場合は、鎌倉市に対して報告を行うこと。

事務担当

(介護保険を所管する課)

所在地

電話

(第3号様式)

年 月 日

鎌倉市介護従事者資格取得補助金変更申請書

鎌倉市長 宛

年 月 日付で申請を行った鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、申請書の内容が変更となったため、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	住所	〒 ー		
変更内容	該当項目	<input type="checkbox"/> 申請者情報（氏名、住所、電話番号） <input type="checkbox"/> 受講研修 <input type="checkbox"/> 養成機関名 <input type="checkbox"/> 補助金申請額※		
	変更前			
	変更後			
変更の理由				

※：補助金申請額は30,000円を上限とし、研修費用が30,000円未満である場合はその金額とする。

(第4号様式)

年 月 日

鎌倉市介護従事者資格取得補助金中止届出書

鎌倉市長 宛

年 月 日付で交付の決定を受けた鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、補助の対象外であることを届け出ます。

申請者	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	住所	〒 —		
中止の理由	<input type="checkbox"/> 鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第4条に定める要件を満たしていないため <input type="checkbox"/> 鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第5条に定める要件を満たしていないため <input type="checkbox"/> 申請者以外のものが研修の費用を支払ったため <input type="checkbox"/> その他 ()			

(第5号様式)

年 月 日

(住所)

(宛名) 様

鎌倉市長

印

鎌倉市介護従事者資格取得補助金中止通知書

年 月 日付で申請を受けました、鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、次のとおり交付を中止しましたので通知します。

申請者	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	住所	〒 ー		
交付年月日	年 月 日			
中止の理由	<input type="checkbox"/> 鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第4条に定める要件を満たしていないため <input type="checkbox"/> 鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第5条に定める要件を満たしていないため <input type="checkbox"/> 申請者以外のものが研修の費用を支払ったため <input type="checkbox"/> その他 ()			

(第6号様式)

鎌倉市介護従事者資格取得助成事業就業証明書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

次の者は 年 月 日現在、次の介護保険施設又は事業所に就業していることを証明
します。

被雇用者	住 所	
	氏 名	
就業先 施設又は事業所	所在地	
	名 称	
就業期間	年 月 日 ~	現在