

障害福祉サービス用

第1号様式

船橋市障害福祉サービス従事者に対する研修費用助成事業補助金交付申請書
(兼申立書及び個人情報の利用に係る同意書)

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市障害福祉サービス従事者に対する研修費用助成事業補助金の交付を受けたいので、船橋市障害福祉サービス従事者に対する研修費用助成事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名	印
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	(郵便番号 -)
	電話番号	- -
	メールアドレス	
申立及び 個人情報の利用に係る 同意		<p>補助金の交付申請にあたり、以下の事項について申し立てます。また、個人情報の利用について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本申請の対象となる研修の受講に係る経費について、本申請において申告するものの他、いかなる助成（本事業による補助を含む。）も受けておらず、また受ける予定でないことを申し立てます。 ・市役所内他課、養成研修事業者等、障害福祉サービス事業者又はハローワーク等の他機関に対し費用の助成に係る確認を行う際に、個人情報を利用することについて同意します。 <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>
研修の種類 (該当するものに○)	(1) 介護職員初任者研修 (2) 実務者研修	
研修の修了日	年 月 日	
養成研修事業者等名称		
補助対象経費 (※)	円	
交付申請額	円	

※補助対象経費について、養成研修事業者等又は就業先である障害福祉サービス事業所の運営法人等から助成等を受け、又は受ける予定の場合には、補助対象経費の合計から当該助成等に係る額を控除した額を記載し、当該助成等を受け、又は受ける予定であることが確認できる書類を添付すること。

口座振込 依頼欄	銀行 信用組合 信用金庫 農協					本店 支店 出張所					
	金融機関コード					支店コード					
	口座種別	普通 当座 その他 ()				口座番号					
	口座名義人	フリガナ 氏名									