

第1号様式（第4条関係）

昭島市介護支援専門員法定研修費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

法人 名称			
法人 所在地	住所 昭島市 (電話番号 — —)		
代表職 氏名	役職名	フリガナ	氏名

昭島市介護支援専門員法定研修費用補助金の交付を受けたいので、昭島市介護支援専門員法定研修費用補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。また、交付決定を受けた場合には、当該交付決定の日を請求日とし、かつ、交付決定額を請求額として請求します。

介護支援専門員法定研修に係る受講料等		円
添付書類	☐ 対象職員一覧(第2号様式) ☐ 申請に係る確認書(第3号様式) ☐ 介護支援専門員証の写し又は介護支援専門員試験合格通知の写し ☐ 雇用契約書の写し ☐ 法定研修修了証明書の写し ☐ 法定研修受講料を負担したことが分かる領収書の写し	

振込口座

金融機関コード	店番	金融機関名	店名
口座種別		口座番号(右詰め)	振込先がゆうちょ銀行(郵便局)のときは、振込用口座(店番3桁・口座番号7桁)を記入してください。
01：普通 02：当座			
(カタカナ) 口座名義			
(漢字) 口座名義			

※ 申請者と振込口座の名義人が異なる場合、委任状が必要となります。