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	（電話番号　　－　　－　　）
代表職 氏　名	役職名　　フリガナ 氏名
事業所 所在地	昭島市 （電話番号　　－　　－　　）

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。