

(別紙様式1)

介護業務担い手確保緊急対策事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

豊浦町社会福祉協議会長 様

申請者	(郵便番号 ー) 住 所
	(電話番号 ー ー) 氏 名 ㊟

豊浦町社会福祉協議会介護担い手確保緊急対策事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

介護資格者養成研修事業者	所在地	(郵便番号 ー)
	名 称	(電話番号 ー ー)
受講する介護資格の種類		現に保有する介護資格の種類
研 修 期 間	始 期	年 月 日
	終 期	年 月 日 (予定)
助成対象経費	受 講 料	円
	教 材 費	円
助成申請額	円	※ 交付決定額 円
助 成 金 振 込 口 座	銀行名等	口座名義人
	支 店 名	
	口 座 番 号	
就労が決定 (又は現に就労) している介護等施設の署名・名称等	所在 豊浦町字 番地	
	名 称	
添付書類	① 受講料及び教材費が確認できる書類 (請求書又は領収書) ② 受講することが決定していることを確認できる書類 (受講票など) ③ 就労証明書 (別紙様式2)、助成金支給申出書 (別紙様式3) ④ 住民票、その他必要とする書類	

(別紙様式2)

就 労 証 明 書

豊浦町社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

介護等施設の 所 在

名 称

代表者等名

⑩

下記の者は、当施設において介護業務に（ 就労することが決定 ・ 現に就労 ）
していることを証明します。

記

氏 名 _____（ 男・女 ）

生年月日 _____

住 所 _____

就労を開始する日 令和 年 月 日 （現に就労している人は不要です）

(別紙様式3)

助成金支給申出書

豊浦町社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

介護等施設の 所 在

名 称

代表者等名

⑩

下記の者が介護資格研修（講習）を受講するに際しては、次のとおり助成金が支給される予定であることを申出でます。

記

氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日
住 所	
支給見込み の助成金等	名称 金額

※公的制度或いは事業所独自の助成制度がある場合は、その支給金額を限度として
当会の助成金から控除します。

(別紙様式4)

介護業務担い手確保緊急対策事業助成金
交付（不交付）決定通知書

様

令和 年 月 日

豊浦町社会福祉協議会

会 長 仲 田 駿 介

令和 年 月 日付けで交付申請のあった 介護業務担い手確保緊急対策事業助成金 については、下記のとおり交付（交付しない）ことに決定したので通知いたします。

記

交付決定金額	円
交付年月日	令和 年 月 日
支給する場所	口座振込
支給しないとした理由	

(別紙様式5)

介護資格取得研修（講習）受講結果報告

豊浦町社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

住 所 豊浦町字 _____

令和 年 月 日付で助成金の交付決定を受けた介護業務担い手確保
緊急対策事業について、研修（講習）を終了したので報告いたします。

終了年月日 令和 年 月 日

添付書類 合格証又は修了証等の写し 1部