

福島市介護資格取得支援事業助成金交付申請書

福島市長

次のとおり、関係書類を添えて介護資格取得支援事業助成金の交付について申請します。

			申請年月日	令和7年 〇月 〇日		
(1)	申請者	フリガナ	フクシマ タロウ			
		氏名	福島 太郎		生年月日	昭和・平成 年 月 日
		住所	〒960-8601 日中連絡が取れる電話番号 024-535-1111			
		学校名 ※1			クラス ※1	
(2)	保護者 ※2	フリガナ				
		氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日
		住所	〒 日中連絡が取れる電話番号			
(3)	介護員養成研修事業者	所在地	〒960-8601 電話番号024-525-6587			
		名称	福島市五老内町3番1号 市役所2階			
		受講申込日 又は申込予定日	〇年 〇月 〇日			
(4)	研修講座名	介護職員初任者研修 / 介護福祉士実務者研修				
(5)	研修予定期間	〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日まで				
(6)	受講費用 (助成金交付対象費用)	① 受講料	〇〇,〇〇〇 円	② 教材費	〇〇,〇〇〇 円	③ 合計 〇〇,〇〇〇円
		交付申請額 ③ (1,000円未満切捨て、60,000円または200,000円以内) 円				

記入しないでください

備考 ※1 学校名・クラス名欄は高等学校・大学等在学生の方のみご記入ください。
※2 保護者欄は、申請者が未成年者の場合のみご記入ください。

(7)	☒ 私は、介護分野への就職を希望していますので、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を受講いたします。
	☐ 私は、現在介護職として就労しており、業務に役立てるため、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を受講いたします。
(本人署名欄)	

(8)	以下高等学校等在学生の方のみ学級担任が記入
	上記の者は、介護分野への就職および介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修の受講を希望しています。
	(学校名欄)
(学級担任記名欄)	