

様式第4号（第8条関係）

刈谷市介護職員初任者研修費補助金介護サービス事業者実績報告書兼請求書

**研修の修了日から起算して90日を経過する日
（又は年度の末日（3月31日）の
いずれか早い日）までに提出すること。**

年 月 日

刈谷市長

報告者 所在地 刈谷市〇〇町〇〇番地

**交付申請書の記載内容と
同じにすること。**

名称 株式会社長寿

代表者氏名 代表取締役 長寿 一郎

電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

次のとおり報告及び請求をします。

事業所	所在地	刈谷市△△町△△番地		
	名称	デイサービス長寿		
研修の概要	受講期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日		
	受講者氏名	長寿 太郎		
	受講料	〇〇, 〇〇〇円		
	事業者負担 受講料	〇〇, 〇〇〇円		
請求額	〇〇, 〇〇〇円			
振込口座	金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店		
	種目	普通	口座番号	0123456
	口座名義人 (カタカナ)	株式会社長寿 代表取締役 長寿 一郎 (カブシキガイシャチョウジュ ダイエイトリシヤク チョウジュ イロウ)		

**研修受講者ではなく、申請者（事業者）の口座を記載すること。
事業者が負担した費用が補助対象となるため、
受講者個人の口座に振り込むことはありません。**