

様式第1号（第6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交付申請書

交付申請は受講する研修の
申込期限までに行うこと。

年 月 日

刈谷市長

**法人の所在地を記載すること。
介護サービス事業所の所在地と
異なる場合がある。**

申請者所在地 刈谷市〇〇町〇〇番地
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

**市内の介護サービス事業所の
所在地を記載すること。**

次のとおり申請します。

なお、補助金の交付に当たり、市が税務資料の閲覧を行う場合があります。

事業所	所在地	刈谷市△△町△△番地
	名称	デイサービス長寿
受講者氏名	長寿 太郎	
受講料	〇〇, 〇〇〇円	研修に係る受講料 (①)
事業者負担受講料	〇〇, 〇〇〇円	①のうち、事業者が負担した額 (②)
申請額	〇〇, 〇〇〇円	②の金額に2分の1を乗じて得た額 (1,000円未満の端数切り捨て)

**研修修了後、当該受講者を引き続き市内の事業所で1年以上雇用する旨の
誓約書（様式自由）を添付すること。**