別紙1－1（様式第1号関係）　　　　　　　　　　　　　　　【個人申請用】

新座市介護資格等取得費補助金　報告書

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 1. （フリガナ）   氏　　名 |  |
| 1. 住　　所 | 〒　　　　－ |
| 1. 電話番号 |  |
| ④他の地方公共団体等の同趣旨の補助金等の利用の有無 | 該当する□に✔を入れてください。  □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　受講した研修等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑤受講研修名 | 該当する□に✔を入れてください。  □介護職員初任者研修　　　□介護福祉士実務者研修 | |
| ⑥受講機関 | 機 関 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑦研修の修了日 | 令和 　　　年 　　　月 　　　日修了 | |
| ⑧受講料 | 円 | |
| 1. 補助上限額 | 円  （⑧の２分の１に相当する額と３０，０００円を比較して、少ない方の額を記載してください。） | |
| 1. ④の受けた補助金の内容について | 受けた補助金が**「埼玉県介護職員資格取得支援事業補助金」**の場合のみ記入  県の補助金額　　　　　　　　　　円  （市の補助金は、埼玉県の補助に上乗せして支援することを目的としていることから、上記の補助金のみ併給を可としている。） | |
| 1. ④以外の勤務先等による受講料の負担の有無 | 1. 以外の負担について   ア　無　イ　予定有　　ウ　有　　（いずれかに〇） | |
| ※イ又はウに〇を付けた場合は、具体的な負担者及び金額を記載 | |
| 負担者： | |
| 金額　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| ⑨と⑩と⑪の計 | 円 | |
| 1. 超過額 | 円  （⑫が⑧を上回る場合、⑫から⑧を減じた額） | |
| 1. 市補助額 | 円  （⑨から⑬の額を減じた額を記載してください）  （申請額は１，０００円未満の端数は切り捨て、１研修あたり上限３０，０００円） | |

３　勤務先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 勤務先 | 法 人 名 |  |
| 事業所名 |  |
| サービスの種類 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |