別紙２－１（様式第２号関係）　　　　　　　　　　　　　　　【法人申請用】

新座市介護資格等取得費補助金　報告書

１　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 1. （フリガナ）   氏　名 |  |
| 1. 勤務先事業所名 |  |
| 1. サービスの種類 |  |
| 1. 勤務先住所 | 〒　　　　－ |
| 1. 電話番号 |  |
| 1. 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 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 | |
| 1. 受講機関 | 機 関 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 1. 研修の修了日 | 令和 　　　年 　　　月 　　　日修了 | |
| 1. 受講料 | 円 | |
| 1. 補助上限額 | 円  （⑩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. 申請額 | 円  （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） | |