

平成30年度大分県介護初任者研修資格取得助成事業助成金支給申請書

住 所	〒
氏 名	⑩
電 話 番 号	

助成金の支給を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

指定養成研修事業者名			
研 修 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	修了年月日	平成 年 月 日
受講料(支給対象経費)	円	助成金支給申請額	円

(受講者本人名義) 振込指定口座	フリガナ			
	口座名義人			
	金融機関名	銀行・信用金庫・協同組合		
		本店・支店		
	種 別	当 座・普 通	口座番号	

申立事項等	<p>私は、この助成を受けるにあたり、他の助成を受けていないことをここに申し添えます。</p> <p style="text-align: right;">署名 _____ ⑩</p> <p>【その他の申し立て事項等】</p>
-------	---

(就労先証明書)欄	<p>上記の者は、申請日現在、当事業所・施設の介護職員として雇用（登録）していることを証明する。 なお、当事業所・施設は、裏面別表の番号_____に該当する。（番号1～26のうち該当番号を記入） ※（平成30年度に新規に採用（登録）の場合のみ記入）→採用（登録日） 平成 年 月 日</p> <p>法人名 _____</p> <p>事業所・施設名 _____</p> <p>代表者名 _____ ⑩</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="10">介護保険事業所番号</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	介護保険事業所番号																			
	介護保険事業所番号																					

大分県人材センター処理欄				
受付年月日（受付順位）	確認者	提出書類確認		支給決定（却下）
		申請書（内容確認）	[]	その他
		修了証明書（写）	[]	
		領収書（写）	[]	
		就労証明	[]	
	備 考			支給決定金額
				円

別表

サービス種別	介護施設等の種類	種別番号
介護保険施設	介護老人福祉施設	1
	介護老人保健施設	2
	介護療養型医療施設	3
	介護医療院	4
指定居宅サービス	訪問介護	5
	訪問入浴介護	6
	通所介護	7
	通所リハビリテーション	8
	短期入所生活介護	9
	短期入所療養介護	10
	特定施設入居者生活介護	11
指定介護予防居宅サービス	介護予防訪問入浴介護	12
	介護予防通所リハビリテーション	13
	介護予防短期入所生活介護	14
	介護予防短期入所療養介護	15
	介護予防特定施設入居者生活介護	16
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	17
	夜間対応型訪問介護	18
	認知症対応型通所介護	19
	小規模多機能型居宅介護	20
	認知症対応型共同生活介護	21
	地域密着型特定施設入居者生活介護	22
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	23
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護	24
	介護予防小規模多機能型居宅介護	25
	介護予防認知症対応型共同生活介護	26