

様式第 1 号（第 6 条関係）

西尾市介護保険関係研修受講料補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先）西尾市長

申請者（補助対象事業者）

所在地

事業所名

管理者名

西尾市介護保険関係研修受講料補助金の交付を受けるため、西尾市介護保険関係研修受講料補助金交付要綱第 6 条の規定により次のとおり申請します。

交 付 申 請 額	金 円
補 助 事 業 の 目 的	職員に対し研修受講費用の補助を行うことにより、職員のキャリアアップを支援し、離職防止及び定着促進並びに介護サービスの質の向上を図る。
補 助 事 業 の 完 了 日	年 月 日
補 助 事 業 の 内 容	事業報告書兼収支決算書に記載のとおり
添 付 書 類	(1) 事業報告書兼収支決算書（別紙 1 - 1、別紙 1 - 2） (2) 研修を修了したことが分かる書類 (3) 研修受講料の支払を証する書類 (4) 補助対象事業者が受講料を負担したことが分かる書類 (5) その他市長が必要と認める書類