

記載例

令和8年6月15日

君津市長 様

住所 君津市●●●●

申請者氏名 君津 一郎

電話番号 090-0000-0000

君津市介護人材確保対策事業助成金交付申請書

君津市介護人材確保対策事業助成金の交付を受けたいので、君津市介護人材確保対策事業助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請にあたって、研修の受講に係る経費については、他の助成（本事業による助成を含む。）を受けていないことを誓約します。

受講した研修	介護職員初任者研修 ・ 喀痰吸引等研修	
研修事業者	名称：	株式会社▲▲▲▲
	所在地：	△△県△△市△△△
研修期間	令和8年1月8日から 令和8年2月28日まで	
研修修了日	令和8年2月28日	
交付申請額	30,000 円	
	算出基礎	助成対象経費 60,500円 (A) 上限額 介護職員初任者研修 50,000円 (B) 喀痰吸引等研修 70,000円 (B) ※(A)×1/2と(B)の低い額。ただし、1,000円未満は切り捨てる。
添付書類	・ 介護職員初任者研修又は喀痰吸引等研修を修了した旨の証明書の写し ・ 助成対象経費に係る領収書の写し ・ 就業証明書（別記第2号様式） ・ 市税の滞納がないことを証する書類（下記同意書に同意した場合は不要） ・ その他市長が必要と認める書類	

受講費用 ※教材費を含みます。

助成対象経費 60,500円 (A)
上限額 介護職員初任者研修 50,000円 (B)
喀痰吸引等研修 70,000円 (B)
※(A)×1/2と(B)の低い額。ただし、1,000円未満は切り捨てる。

市税の滞納がないことを証する書類を添付しない場合は記載してください。

同意書

君津市介護人材確保対策事業助成金の審査に当たり、市

ることに同意します。

申請者氏名 君津 一郎 (印)