

第1号様式(第5条関係)

ホームヘルパー等養成研修受講料助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

春日井市ホームヘルパー等養成研修受講料助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添付して助成金の交付を申請します。

申請者(介護者)	住 所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	雇用保険法、母子及び寡婦福祉法に規定する給付金などの受給資格	有 ・ 無		
	春日井市介護者派遣事業(にこにこヘルパー)登録	有 ・ 無		
介護を受けている(受けていた)者	住 所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		申請者との続柄	
	要介護認定	有 ・ 無	被保険者番号	
			要介護状態区分	
	障害者手帳	有 ・ 無	種 級	障 害
介護期間	年 月頃 ～ 年 月頃			
受講事業所	所在地			
	名 称			
受講期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
受講料	円			
※給付金支給額	円			

※雇用保険法、母子及び寡婦福祉法に規定する給付金などの受給資格がある方のみ記入してください。

※研修の終了後、30日以内に申請してください。

※添付書類 ①受講修了書の写し②受講料の領収書の写し③雇用保険等の給付がある場合はその額のわかるもの④にこにこヘルパー登録者は登録証の写し

記載例

第1号様式(第5条関係)

ホームヘルパー等養成研修受講料助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

春日井市ホームヘルパー等養成研修受講料助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添付して助成金の交付を申請します。

申請者(介護者)	住 所	春日井市鳥居松町5丁目44番地		
	フリガナ	カスガイ ハナコ	生年月日	昭和30年1月1日
	氏 名	春日井 花子	電話番号	85-5111
	雇用保険法、母子及び寡婦福祉法に規定する給付金などの受給資格	有 ・ 無		
	春日井市介護者派遣事業(にこにこヘルパー)登録	有 ・ 無		
介護を受けている(受けていた)者	住 所	春日井市鳥居松町5丁目44番地		
	フリガナ	カスガイ ハナオ	生年月日	昭和6年1月1日
	氏 名	春日井 花雄	申請者との続柄	父
	要介護認定	有 ・ 無	被保険者 要介護状態	認定の有無や介護期間を記入してください。
	障害者手帳	有 ・ 無	種 別	
	介護期間	平成 年 月頃～平成 年 月頃		
受講事業所	所在地	受講修了書に記載されている事業者の所在地・名称を記入してください。		
	名称			
受講期間	受講期間や受講料も漏れなく記入してください。			日
受講料				
※給付金支給額	円			

※ 雇用保険法、母子及び寡婦福祉法に規定する給付金などの受給資格がある方のみ記入してください

- * 添付書類…①受講修了書の写し②受講料の領収書の写し③雇用保険等の給付がある場合はその額のわかるもの④にこにこヘルパー登録者は登録証の写し
- * お持ちいただくもの…印鑑と申請者名義の振込先のわかるもの(通帳等)
- * 研修の終了後30日以内に申請してください。
- * 申請書は郵送でも承ります。

請 求 書

(宛先)春日井市長 伊 藤 太

平成 年 月 日
日付は記入しないでください。

請 求 者
住 所
氏 名

申請者氏名等を記入し、押印
してください。(スタンプ印
不可)

印

下 記 の 金 額 を 請 求 し ま す。

1 件 名 春日井市ホームヘルパー等養成研修受講料助成金

2 請求金額 請求金額欄は記入しないでください。 円

検 収 日	平成 年 月 日
検 収 者	印

支 払 方 法	
口 座	支払方法欄は記入しないでください。

金 融 機 関	銀行 信用金庫 農協	預 金 種 別	普 通 当 座	口 座 番 号	申請者名義の口座を記入して ください。
	支 店			フリガナ 口座名義人	