

## 令和6年度介護職員初任者研修支援事業利用申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

## 申込者

(フリガナ)

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所 〒 —

連絡先 TEL — —

下記のとおり、令和6年度介護職員初任者研修支援事業を申し込みます。

## 記

## 1 修了した介護職員初任者研修について

実施機関名	
実施機関所在地 連絡先	〒 — TEL
研修期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
受講費用	円
申請金額	円 (受講費用と9万円を比較し、少ない方の金額を記載してください。)

## 2 就職した事業所等について

法人名	
事業所等名	
施設の種類	
事業所等所在地 連絡先	〒 — TEL
就職年月日	令和 年 月 日

### 3 この度の就職にあたり、茨城県福祉人材センターの利用について

福祉人材センターの利用	有	・	無
-------------	---	---	---

### 4 介護職員初任者研修受講に対する他の補助金等の交付の有無について

他からの補助金等の交付を ア 受けていない イ 受けている ウ 受ける予定 (ア・イ・ウのいずれかに○を付けてください。)	
上記でイ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載してください。 ※他からの補助金等の交付を受ける場合、本事業の <b>対象外</b> となります。	
名 称	
金 額	円

### 5 添付書類について

- ① 介護職員初任者研修実施機関が発行する受講費用にかかる領収書等（写）  
（介護職員初任者研修の受講費用であること、また、申込者が支払ったものであることが分かるものとする。）
- ② 雇用を証明する書類  
（様式第2号により事業所等が作成したものとする。）
- ③ 介護職員初任者研修修了書（写）