

大阪府介護職員初任者研修受講支援事業補助金  
(受講支援分・就職加算分) 事業実績報告

大阪府知事 様

大阪府介護職員初任者研修受講支援事業補助金(受講支援分・就職加算分)の事業が完了しましたので、次のとおり報告します。

なお、本補助金の実績報告にあたり、受講に係る経費について、他の公的制度からの助成を受けていないことを申し添えます。

平成 年 月 日

フリガナ			性別	男・女
氏名	(印)			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 生			
住所	郵便番号 ( - )			
電話番号	携帯・自宅・会社・その他 ( ) ☎ - - ※平日の昼間に連絡が取れる電話番号をご記入願います			
メールアドレス	@ ※平日の昼間に連絡が取れるメールアドレスをご記入願います			
本人確認及び現住所 確認書類	住民票・運転免許証・住基カード・その他 ( ) のいずれかの写し ※提出書類により現住所のわかる部分も添付願います			
研修開始日 及び 修了年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日 (修了証記載の日付を記入のこと)			
研修事業者	研修事業者名	修了証番号 大阪 - - - 号		
自己負担額	十万	万	千	百
				十
				円
振込口座	金融機関名	支店名		
受講者氏名と同一名義 の口座に限る	預金種別	口座番号		
	普通・当座			

平成28年度 補助金(受講 支援分) 受給者のみ記載	通知書番号及 び交付決定日	地 福 第 号 平成 年 月 日
-------------------------------	------------------	---------------------

※下記の必要書類の写しを A4 版で必ず添付願います(必要書類の添付がない場合、補助金の交付ができませんのでご注意下さい)。

- 本人確認書類(住民票・運転免許証・住民基本台帳カード・その他( ))のいずれかの写し
- 介護職員初任者研修受講修了証の写し
- 自己負担額のわかる領収書の写し
- 通帳またはキャッシュカード(金融機関名・支店名・口座名義・口座番号が確認できる面)の写し