

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

申請分に○印を付ける

申請分に○印を付ける

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、他の公的制度が記入日忘れずに成を受けていないことを申し添えます。

捺印忘れずに

平成29年**月**日

フリガナ	オオサカ ハナコ	性別	男・女
氏名	大阪 花子 (印)	提出書類の内容等について確認のため連絡させていただくことがありますので、日中に連絡の取れる番号を記入して下さい。連絡が入った場合は必ず返信をお願いします。	
生年月日	大正・昭和・平成 **年 **月		
住所	郵便番号 (***-****) 大阪府**市**** **-**		
電話番号	(携帯) 自宅・会社・その他 () ☎ 0*0-****-**** ※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2**年**月**日 平成29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 **-14 -**** -*****号	
自己負担額	十 万 千 百 十 円 * * * * *	ゆうちょ銀行の方は、通帳見開きページ下方に記載の支店番号と振込口座番号を記入して下さい	
振込口座	金融機関名 ***銀行	支店名 **支店	
受講者氏名と同一名義の口座に限る	預金種別 (普通)・当座	口座番号 * * * * *	

初めて申請される方は記入不要

平成28年度 補助金(受講支援分) 受給者のみ記載	交付決定日	地 福 第 ***号	平成 2**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