

別記様式第1号（第5条、規則第3条関係）

事業実績書

	①受講者氏名	②生年月日	④現在の勤務先事業所名	⑤介護等の業務 の従事期間	⑥研修修了年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

【担当者連絡先】

法人名		事業所名	
電話番号		F A X	
(フリガナ)		E-mail	
氏名			
郵便番号		住所	

様式第2号（第5条、規則第3条関係）

補助金所要額調書

（単位：円）

	①受講者氏名	②県補助金額 （上限5万円）	③事業者負担	④受講者負担	⑤合計
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
	合計				

（注）「⑤合計」は介護職員初任者研修の受講料と一致させること。

収支決算書

1 収入

(単位：円)

区 分	収入決算額	備 考
県補助金		
事業者負担		
受講者負担		
合計		

2 支出

(単位：円)

区 分	支出決算額	備 考
受講料		
合計		

年 月 日

宮崎県知事

殿

所在地（住所）

事業者名

代表者職氏名

印

生年月日

年

月

日（性別）

誓 約 書

私は、
年度介護職員就業・定着促進事業費補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

自己及び本事業実施主体の構成員等は、次のアからエまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからエまでのいずれの関与もありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者

エ 暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者

申請する受講生は、実務経験が3年以内の介護職員です。

当法人及び受講者が、介護職員初任者研修の受講料について、他の制度に基づく補助等の支援を受けていません。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

所在地（住所）

事業者名

代表者職氏名

印

該当する□にチェック（☑）を入れてください。

1 領収証書の写しを添付する場合

□当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

6か月以内の領収証書の写しを
ここに1枚貼付してください。

2 1以外の場合

(1) 特別徴収を実施している旨の確認

□当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

上記市町村の特別徴収義務者指定番号：

※ 指定番号は各事業所で事前に記入してから確認印をもらってください。

(2) 特別徴収義務がない旨の確認

□当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

(3) 特別徴収開始誓約の確認

□当事業所は、年 月 日から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当法人あてに送付してください。

2の(1)～(3)の場合、市町村の税務担当窓口にて必ず確認印を受けてください。

市町村確認印 押印欄

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 所在地（住所）
事業者名
代表者職氏名 印

介護職員就業・定着促進事業費補助金請求書

年 月 日付け第 号で交付決定及び交付額の確定を受けた
年度介護職員就業・定着促進事業費補助金について、介護職員就業・定着促進事業
費補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 振込口座

金融機関名							
支店名							
銀行コード					支店コード		
預金の種類							
口座番号							
口座名義人 (カタカナ)							

- ※ 必ず申請者名義の口座にしてください。
- ※ ゆうちょ銀行の振込用口座番号は、通常の口座番号と異なりますので、銀行に確認して間違いのないようにしてください。
- ※ 通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号及びカナ口座名義人が表示されている面）の添付をお願いします。