

年 月 日

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住所：
氏名： 印
(電話番号)

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会家族介護者介護職員初任者研修受講支援申請書

次の通り、家族介護者介護職員初任者研修受講支援事業の助成金を申請します。

審査事項の確認方法	<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票、介護実績証明書)を用意して添付する。				
	<input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳の情報提供に同意する。				
	<input type="checkbox"/> 恵庭市社会福祉協議会で介護実績に関する調査をすることに同意する。				
ヘルパー研修会受講者	氏名		性別	男・女	
	生年月日	年 月 日	年齢	満	歳
	住所		電話番号		
受講料の額	円		円		
研修会の時期	年 月 日 ~ 年 月 日				
実施団体の	名称				
	住所				
介護実績	時期	<input type="checkbox"/> 現在介護している <input type="checkbox"/> 年 月から 年 月頃まで介護していた。			
	福祉サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護手当 <input type="checkbox"/> 介護用品 <input type="checkbox"/> その他			
	被介護者	氏名		申請者との関係	
	※介護証明	申請者が さんを介護している又はしていたことを証明します。 住所： 氏名： 印 役職等：			

※下の欄は記入しないでください。

審査	居住状況	有・無	確認方法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 恵庭市	年齢要件	可・否
	介護実績	有・無	確認方法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 本会()		
	総合判定	可・否	助成金額(予定)			
	確認年月日	年 月 日	<却下の理由>			
	確認者氏名		印			
決裁	局長	次長	課長	主査	スタッフ	審査の結果、支援を決定(却下)してよろしいかがいます。 年 月 日