

郡山市介護資格取得支援助成金交付申請書

郡山市長

次のとおり、関係書類を添えて介護資格取得

自署の場合は、押印不要です。

申請者	フリガナ	コオリヤマ タロウ	生年月日	令和 8 年 5 月 1 日
	氏名	郡山 太郎	性別	昭和 62年 1月 1日 男 ・ 女
保護者	住所	〒963-8601 郡山市 朝日一丁目23番7号 日中連絡が取れる電話番号 090-1111-1111		
	学校名・クラス名	自署の場合は、押印不要です。		
保護者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	住所	〒 日中連絡が取れる電話番号		
介護員養成研修事業者	所在地	〒963-1111 郡山市朝日二丁目1番	電話番号	024-999-9999
	名称	がくと福祉カレッジ		
	受講申込日 又は申込予定日	令和 8 年 5 月 21 日		
研修講座名	介護職員初任者研修			
研修予定期間	令和 8 年 5 月 28 日から 令和 8 年 11 月 30 日まで			
①受講料及び教材費 (助成対象経費)	95,500 円			
交付申請額 ①の全額 ただし 初任者研修 60,000円限度 実務者研修 200,000円限度	1,000円未満の端数切捨てる。 60,000 円			

令和9年2月28日までに修了する研修を受講してください。

- 備考 1 学校名・クラス名欄、担任氏名欄は高等学校等の生徒のみご記入ください。  
2 保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

私は、介護分野への就職を希望していますので、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を受講いたします。

(本人署名欄)

以下高等学校等在学生の方のみ学校長が記入

上記の者は、介護分野への就職を希望しており、介護職員初任者研修／介護福祉士実務者研修を修了する意欲・能力を有していると認められるので、推薦いたします。

(学校名欄)

(学校長記名欄)