別記様式第３号（第６条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

群馬県知事　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 基金事業者

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　年度群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金

交付申請書（介護従事者の確保に関する事業）

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　　１　事業区分　介護職員初任者研修支援事業（いずれかに○）

ア　受講料補助事業　・　イ　研修実施事業

　　２　補助金申請額　　　金　　　　　　　　　円

３　補助金所要額調書（いずれかに○）

別紙様式１－ア　・　別紙様式１－イ

４　事業計画書（いずれかに○）

別紙様式２－ア　・　別紙様式２－イ

　　５　添付書類

（１）研修受講者の介護施設の就労証明書の写し（受講料補助事業のみ）

（２）研修受講者の研修修了証明書の写し（受講料補助事業のみ）

（３）研修受講者の受講料等の領収書の写し（受講料補助事業のみ）

（４）歳入、歳出予算（見込）書の抄本（又は準ずる書類）