様式第１号（第５条関係）

 能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付申請書

年　　　月　　　日

（宛先）　能登町長

　住　所　　能登町字

申請者　　氏　名

　　　　　（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

就業（予定）介護保険施設等名

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金の支給を受けたいので、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱第５条の規定により、申請します。

補助申請額　　　　　　　　　　　円

添付書類

（１）　領収書

（２）　（１）が無い場合には支払いがわかるもの

（３）　前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

|  |
| --- |
| 誓約兼同意私は、能登町介護福祉士国家試験対策模擬試験受験補助金交付要綱の申請条件を理解した上で申請し、申請書及び添付書類に記入した事項は、全て相違ないことを誓約します。また、能登町が申請条件の審査を行うに当たり、必要があるときは審査の対象となる町税の納付状況及び勤務実態等につき、能登町役場関係部署、その他町内介護保険施設等に必要な書類を閲覧させ、又はその内容を記録させることを求めることに同意します。なお、偽りその他不正な手段により、給付金を受けていたと認められる場合は、速やかに給付金の全部を返還します。申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 |