

年 月 日

研修受講料に係る自己負担額証明書

（宛先）周南市長

（申請者）

住 所

氏 名

周南市介護支援専門員等研修費補助金の請求するにあたり、次の事項について記載のとおり相違ありません。

記

1 研修日 年 月 日から 年 月 日

2 交付申請額 円（自己負担額）

| | | |
|------|----------|---|
| 【内訳】 | 事業所等負担額 | 円 |
| | その他助成等額 | 円 |
| | 自己負担額 | 円 |
| | <hr/> | |
| | 計（研修受講料） | 円 |

※受講料の全部又は一部を補助対象職員自身が負担したことを確認できる書類の写しを添付すること。（例：領収書等）