

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長 様

住 所

氏 名 ⑩

(連絡先電話番号 : - -)

令和 6 年度生活援助従事者研修受講費用助成金申請書

私は、令和 6 年度に開講される高知県内の指定事業者が実施する生活援助従事者研修の受講を予定しています。

つきましては、下記のとおり受講費用助成金について申請します。

○生活援助従事者研修（受講予定）の詳細

指定事業者名 (研修開催者名)	
受講予定日程	初日:令和 年 月 日 ~ 最終日:令和 年 月 日
受講料 ※教材費等含む	円 (受講料 円、テキスト代 円、その他 円)

○添付資料

- ア 運転免許証又は住民票等の写し（本人確認ができる資料等）
- イ 生活援助従事者研修受講料の金額が分かる客観的な資料（受講料が明記された指定事業者のパンフレット、チラシ等）