様式第１号（第８条関係）

　　年　　月　　日

潟上市長　様

申請者　住　　所（所在地)

（事業所）

氏　　名（代表職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　－

潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金交付申請書

潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金の交付を受けたいので、潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金交付要綱第８条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　事業所概要等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業種 | | （日本標準産業分類の細分類） |
| 資本金 | | 円 |
| 設立年月日（事業開始年月日） | | 年　　　　月　　　　日 |
| 役員数 | | 人 |
| 従業員数 | | 人 |
|  | うち潟上市在住従業員数 | 人 |

３　添付書類

□資格取得内容内訳書(様式第２号)

□登記事項証明書の写し又は住民票抄本の写し

□雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し

□市税等滞納有無調査承諾書(様式第３号)

□資格取得に要した経費の領収書の写し

□合格証明書等の写し

□その他市長が必要と認める書類

様式第２号（第８条関係）

資格取得内容内訳書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格の名称 |  | | | | |
| 対象従業員 | 住所 |  | | | |
| フリガナ |  | | 雇用体系の | 正規雇用者 |
| 氏名 |  | | 状況 | 非正規雇用者 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 資格取得日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 受講料等 | ①研修等の受講料(教材費含む) | | 円(税抜) | | |
| ②受験料 | | 円(税抜) | | |
| ③資格の登録料 | | 円(税抜) | | |
| ④対象経費計（①＋②＋③） | | 円(税抜) | | |
| 交付算定額 | ④　　　　　　　　　円　×　１／２　＝　　　　　　　　　円(上限8万円) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格の名称 |  | | | | |
| 対象従業員 | 住所 |  | | | |
| フリガナ |  | | 雇用体系の | 正規雇用者 |
| 氏名 |  | | 状況 | 非正規雇用者 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 資格取得日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 受講料等 | ①研修等の受講料(教材費含む) | | 円(税抜) | | |
| ②受験料 | | 円(税抜) | | |
| ③資格の登録料 | | 円(税抜) | | |
| ④対象経費計（①＋②＋③） | | 円(税抜) | | |
| 交付算定額 | ④　　　　　　　　　円　×　１／２　＝　　　　　　　　　円(上限8万円) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格の名称 |  | | | | |
| 対象従業員 | 住所 |  | | | |
| フリガナ |  | | 雇用体系の | 正規雇用者 |
| 氏名 |  | | 状況 | 非正規雇用者 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 資格取得日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 受講料等 | ①研修等の受講料(教材費含む) | | 円(税抜) | | |
| ②受験料 | | 円(税抜) | | |
| ③資格の登録料 | | 円(税抜) | | |
| ④対象経費計（①＋②＋③） | | 円(税抜) | | |
| 交付算定額 | ④　　　　　　　　　円　×　１／２　＝　　　　　　　　　円(上限8万円) | | | | |

　＊市で対象従業員の住所等の確認をします。

様式第３号（第８条関係）

年　　月　　日

潟上市長　様

住　　所

（事業所名）

氏　　名

電話番号　　　　　－　　　　　－

市税等滞納有無調査承諾書

潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金交付申請に伴い、潟上市が下記調査項目について滞納の有無を調査することを承諾します。

なお、審査に当たり下記項目については滞納が無いことを申し添えます。

　◇滞納有無調査項目

　　　・市・県民税

　　　・固定資産税

　　　・軽自動車税

　　　・水道料金

　　　・下水道使用料

様式第５号（第11条関係）

　　年　　月　　日

潟上市長　様

住　　所

（事業所名）

氏　　名

電話番号　　　　　－

潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金請求書

　　　　年　　月　　日付け、　　　　第　　　　　号で交付決定のあった潟上市ワーキングスキルアップ支援助成金について、次のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　円



口座情報の記載を間違えると、入金できませんので注意してください。

通帳の写し（表紙をめくってすぐの見開きのページ（口座番号、取扱支店名などの記載部分））を添付してください。