

令和7年度 日光市介護職員初任者研修講座

受 講 申 込 書

日光市長 様

ふりがな 申込者氏名		生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)	
		現在の職業	☐ 会社員 ☐ パート ☐ 自営業 ☐ 無職 ☐ その他 ()	
住 所	〒 日光市	連 絡 先 電 話 番 号	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 () () —	
			*日中、連絡が取れる番号を記入してください。	
保護者署名欄				
	*申込者が18歳未満の場合は、保護者の方の署名をお願いします。			
身体などの 障がいの有無	☐ 有 ☐ 「身体障害者手帳」を所持 ・障がい種類：_____ ・障がい程度：_____ ☐ 「療育手帳」を所持 ・障がい程度：_____ ☐ 「精神障害者保健福祉手帳」を所持 ・障がい程度：_____ ☐ 「その他、障がい者であることを確認できる証書類」を所持 ・障がい程度：_____			
	☐ 無			
	*「その他、障がい者であることを確認できる証書類」とは、「障がいを事由とする年金を現に受けていることを証明する書類：国民年金、厚生年金などの年金証書」、「自立支援医療受給者証（精神通院医療に限る）」です。 *有の方は、この申込書に「身体障害者手帳等のコピー」1部を添えてください。			
介護サービス等の 従 事 者	介護サービス等に従事している方は、この申込書に「介護保険事業所等在職証明書」1部を添えてください。			
申 込 理 由				
	*受講希望の理由・資格取得の目的を具体的にご記入ください。			

裏面も記入してください

補助制度	☐ 母子・父子家庭自立支援教育訓練給付制度の利用を希望します 【利用要件等】 市内に住所を有するひとり親家庭の母または父で、次のすべての要件を満たす方 ① 20歳未満の児童を扶養している方 ② 母子・父子自立支援プログラム策定等の支援を受けている方 ③ 当講座を受講することが就職やキャリアアップに必要と認められる方 ④ 過去にこの給付金を受けたことのない方 ※ 助成を受けようとする方は、 受講開始前に相談・申請する必要があります。 【事前相談先・詳しくは】日光市役所 子ども家庭支援課 電話 21-5148 FAX 21-5105		
講座修了後の活動予定	☐ 介護の仕事に従事 →希望している職場をお伺いします。 ☐ ホームヘルパー事業所 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ デイサービス事業所 ☐ その他（ ） ☐ まだ決めていない →希望している職場の所在地をお伺いします。 ☐ 日光市内 *この申込書に「日光市内における介護保険事業所等に従事する意思を有する旨の申立書」1部を添えてください ☐ 日光市内（今市・日光・藤原） ☐ 日光市外 ☐ 現在の仕事のレベルアップのため ☐ 家族の介護に活用 ☐ 当面の予定はないが、いずれ資格を活用 ☐ その他（ ）		
世帯状況	☐ 生活保護世帯 ☐ その他の世帯		
課税状況調査・世帯状況調査についての同意欄 (市内在住の方のみ記入してください。市外在住の方については、後日課税額の証明書等が必要になります。)			
○受講料の決定のため、市民税の課税状況につき、日光市長が税務関係部局に報告を求めることに同意します。*注① ○受講料の決定のため、生活保護世帯であることにつき、日光市長が生活保護関係部局に報告を求めることに同意します。*注②			
受講者氏名			
世帯員氏名 *注③			
*注① 令和7年1月2日以降に日光市に転入された方は、前住所地の市町村の課税額の証明書等が必要になります。 *注② 世帯状況で生活保護世帯にマークした方についてのみ調査します。 *注③ 受講者と住民基本台帳上、同一の世帯に属する方全員の署名をお願いします。			

【記入上の注意】

- ① もれなく記入してください。
- ② □には、レ点でマークしてください。

*記入しないでください。

申込書 受理日	令和7年 月 日
------------	----------------