＜様式　Ａ＞

令和　　年　　月　　日

ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

代表　○○町長　○○　○○　　様

住　　所

申請者 氏　　名

電話番号

貴協議会と通年雇用に向けた相談を行った結果、次の指定教育訓練を受講したいので、関係書類を添えて、申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定教育訓練の名称 | |  |
| 教育訓練機関の名称 | |  |
| 受講期間 | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |
| 資格・検定の名称 | |  |
| 検定試験日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 検定試験合格発表日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 助成金申請予定額 | | 円 |
| 申請額算出根拠：指定教育訓練経費 　　 円×５／１０＝ 　 円 | | |
| 併給確認欄 | （下記の内容に相違がなければ、左の「□」に、〇を記入してください。）  本指定教育訓練を受講することによる、雇用保険制度における教育訓練給付金または短期訓練受講費の申請を行うことはありません。 | |

注 １ 雇用保険特例受給資格者証の写し等を添付すること。

　　 2 指定教育訓練経費は、受講に際して支払う予定の入学料（登録料）と受講料の合計額とする。

　　 3 助成金申請予定額は、指定教育訓練経費に補助率（○／１０）を乗じて得た額とする（上限○○万円）。

　 4 指定教育訓練の内容や受講料等がわかる教育訓練機関が発行した資料を添付すること。

※助成金の請求に当たっての確認事項

|  |
| --- |
| １　本事業の助成金と雇用保険制度における教育訓練給付金または短期訓練受講費との併給は行な  わないこととしています。  したがって、本事業の助成金を受給した後、教育訓練給付金または短期訓練受講費との併給が  確認されたときは、本事業の助成金を返還していただきます。  ２　本事業の助成を受けるための要件に偽り等があった場合は助成金を返還請求されることがあり  ます。  ３　本事業は通年雇用化を目ざすために実施していることから、今後、当協議会又は北海道で実施  する通年雇用化のための調査に協力をいただきます。  上記の事項に異存がありません。  　　　令和　　年　　月　　日  住　　所  氏　　名 |

＜様式Ａ－ａ＞

教育訓練相談受理票

|  |  |
| --- | --- |
| 相談日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　： |
|  | （住所）  （氏名）　　 （性別）　　　　　（年齢） |
| 対 応 者 |  |
| 件　　名 | |
| ［］ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 担当 | ※内部決裁欄 |
|  |  |

＜記載例＞

教育訓練相談受理票

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　： |
|  | （住所）  （氏名）　　 （性別）　　　　　（年齢） |
| 対 応 者 |  |
| 件　　名  季節労働者資格取得促進事業について | |
| ［］  １ 教育訓練の受講理由  ２　予定教育訓練名、予定教育訓練機関名及び予定受講期間  ３　現在の職種  ４　通年雇用化に向けた希望職種  ５　その他 | |

＜様式　Ｂ＞

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表　○○町長　○○　○○ 印

　令和　　年　　月　　日付けで申請された指定教育訓練実施計画については、承認したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定教育訓練の名称 |  |
| 教育訓練機関の名称 |  |
| 受講期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 資格・検定の名称 |  |
| 検定試験日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 検定試験合格発表日  （資 格 取 得 予 定 日） | 令和　　　年　　　月　　　日 |

＜様式　Ｃ＞

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表　○○町長　○○　○○ 印

　令和　　年　　月　　日付けで申請された指定教育訓練実施計画については、次の理由により不承認とすることとしたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定教育訓練の名称 |  |
| 教育訓練機関の名称 |  |
| 受講期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 資格・検定の名称 |  |
| 検定試験日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 検定試験合格発表日  （資 格 取 得 予 定 日） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 不承認の理由 |  |

＜様式　Ｄ＞

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表　○○町長　○○　○○ 印

　令和　　年　　月　　日付けで承認した指定教育訓練実施計画については、次の理由により取り消したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定教育訓練の名称 |  |
| 教育訓練機関の名称 |  |
| 受講期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 資格・検定の名称 |  |
| 検定試験日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 検定試験合格発表日  （資 格 取 得 予 定 日） | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 取　　　消　　　理　　　由 |  |

＜様式　Ｅ＞

助　成　金　交　付　申　請　書

令和　　年　　月　　日

ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

代表　○○町長　○○　○○　 　様

住所

申請者 氏名 印

　令和　　年　　月　　日付けで実施計画の承認を受けた次の訓練について、資格を取得しましたので、関係書類を添えて、助成金の交付を申請します。

交付申請額　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定教育訓練名 | 資格取得年月日 | 助成対象経費 |
|  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |

注 1 資格取得を確認できる書類及び取得経費の明細がわかる領収書を添付すること。

２　助成対象経費は入学料及び受講料に限る。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等の名称 | | 口　　座　　番　　号 | 口　　　座　　　名 |
| 銀行  信用金庫  信用組合  支店 | | 普通 ・　当座 |  |
| 併給確認欄 | （下記の内容に相違がなければ、左の「□」に、〇を記入してください。）  本指定教育訓練を受講したことによる、雇用保険制度における教育訓練給付金  または短期訓練受講費の支給をハローワークから受けることはありません。 | | |

＜様式　Ｆ＞

助　成　金　交　付　決　定　通　知　書

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

ふるさと東十勝通年雇用促進協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表　○○町長　○○　○○ 印

　令和　　年　　月　　日付けで申請のあった指定教育訓練の受講経費に係る助成金について、次のとおり通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定教育訓練の名称 | 助成対象経費 | 助成額 |
|  | 円 | 円 |

＜様式　Ｇ＞

　私は、指定教育訓練の受講経費に対して助成金の交付を受けましたが、資格取得後の状況は次のとおりです。

令和　　年　　月　　日

　ふるさと東十勝通年雇用促進協議会　代表　○○町長　○○　○○様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふ　り　が　な |  | 電話番号 |  |
| 氏　　　名 | （　　才） |
| 住　　　所 |  | | |
| 取得資格の名称 | |  | | |
| 資格取得年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 通年雇用の状況 | | □　通年雇用化された（令和　　年　　月から）  　　□　通年雇用化されていない  　　 ＊該当する区分欄をチェックしてください。 | | |
| これまで、働いていた業種  　　　　　　　　及び職種 | | （ 例えば　建設業　　土木・建設作業従事 ）  　　　　 業 | | |
| 資格取得後に就職した業種  　　　　　　　　及び職種 | | （ 例えば　運輸業 自動車運転手　）  業 | | |
| ※通年雇用に至らなかった場合 は希望業種・職種（又は希望す る仕事の内容）を記載願います。 | | 業  （　　　　　　　　　　　　　） | | |

**この届は、あなたが資格を取得した日から３か月以内の状況について下記の協議会へ提出してください。**

|  |
| --- |
| 送付先  　〒○○○-○○○○  　（所在地）○○郡○○町○○○○番地  　　　　　　○○町役場内  ふるさと東十勝通年雇用促進協議会 |

＜様式　Ｇ＞ 　　　　（記　入　例）

　私は、指定教育訓練の受講経費に対して助成金の交付を受けましたが、資格取得後の状況は次のとおりです。

令和　　年　　月　　日

　ふるさと東十勝通年雇用促進協議会　代表　池田町長　安井　美祐　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふ　り　が　な | とかち　　　いちろう | 電話番号 | 015-123-4567 |
| 氏　　　名 | 十勝　　一郎　（４５才） |
| 住　　　所 | ○○群○○町○○○○番地 | | |
| 取得資格の名称 | | 介護職員初任者研修 | | |
| 資格取得年月日 | | 令和4年11月9日 | | |
| 通年雇用の状況 | | 　通年雇用化された（令和4年12月から）  　　□　通年雇用化されていない  　　 ＊該当する区分欄をチェックしてください。 | | |
| これまで、働いていた業種  　　　　　　　　及び職種 | | （ 例えば　建設業　　土木・建設作業従事 ）  建設業 建設作業従事 | | |
| 資格取得後に就職した業種  　　　　　　　　及び職種 | | （ 例えば　運輸業 自動車運転手　）  　　 　　サービス業 ホームヘルパー | | |
| ※通年雇用に至らなかった場合 は希望業種・職種（又は希望す る仕事の内容）を記載願います。 | | 業  （　　　　　　　　　　　　　） | | |

**この届は、あなたが資格を取得した日から３か月以内の状況について下記の協議会へ提出してください。**

|  |
| --- |
| 送付先  　〒083-8650  　（所在地）中川郡池田町字西1条7丁目11番地  　　　　　　池田町役場内  ふるさと東十勝通年雇用促進協議会 |