（第１号様式別紙１）

**役員等氏名一覧表**

横浜市暴力団排除条例第８条に基づき、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて、同意します。

また、記載された全ての役員に同趣旨を説明し、同意を得ています。

法　 人 　名

代表者職氏名

年　　月　　日現在の役員

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏 名 | 氏名のカナ | 生年月日(大正T,昭和S,平成H) | 性別(男･女) | 住 所 |
| 代表者 |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　．　　． |  |  |

（Ａ４）

（第１号様式別添１）

**補助金調書**

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 補助事業者 |
|  | 名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |
|  | 住所 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |
|  | Ｅメールアドレス |  |
|  | 担当者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ２ | 学生 |
|  | 氏名（日本語表記） |  |
|  | 住所 | 〒 |
|  | 生年月日 |  |
|  | 国籍 |  |
|  | 勤務先施設 |  |
|  | 勤務先住所 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| ３ | 就学した介護福祉士養成校 |
|  | 学校名 |  |
|  | 住所 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ４ | 補助対象経費・補助申請額 |
|  | １年間の学費A　　　 | 　　　　　　　円 | 授業料 |
|  | その他就学に必要な経費B　 | 　　　　　　　円 | 教科書代・教材費など |
|  | 合計(A+B)C※ | 　　　　　　　円 |  |
|  | 修学資金の貸付額D※ | 円 | 月5万円の場合は、60万円 |
|  | 交付申請額（C-D）※上限20万円 | 円 |  |

※入学金、国家試験受験対策費用及び就職準備金については、補助対象経費に含まれません。

（Ａ４）

（第１号様式別添１－２）

**在学証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（日本語表記） |  |
| 生　年　月　日 |  |

上記の者は本校に在学していることを証明します。

横浜市長 様

　　　　年　　月　　日

住　　　所

学校法人名

学　校　名

校　長　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（Ａ４）

（第１号様式別添１－３）

**雇用証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務先施設 |  |
| 雇用開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 勤務日数 | 週【　　　　日】程度 |
| その他特記事項 |  |

上記の者は、記載のとおり在職していることを証明します。

年　　月　　日

事業所名

雇用主名（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

連絡先電話

（Ａ４）