第１号様式（第６条第２項）

平成　　年　　月　　日

横浜市認知症介護実践リーダー研修受講料補助金交付申請書

（申請先）

横　浜　市　長

所在地

法人名称

　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　横浜市認知症介護実践リーダー研修に受講申込をしましたので、関係書類を添えて申請します。

１　受講者

(1)　氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　（職種　　　　　　　　　　　　　　　）

(2)　所属事業所名　 　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号　　　　　　　　　　　　）

(3)　サービス種別

２　指定研修実施機関

(1)　所在地

(2)　法人名

３　研修期間

(1)　開始日　　 　　平成　 　年　 　月　 　日

(2)　修了日　　　 　平成　 　年　 　月　 　日

４　交付申請金額

金　　　　　　　　　円（受講費用　　　　　　　　円）

５　添付書類

(1)　受講決定通知書の写し

(2)　横浜市暴力団排除条例第８条の規定に基づく役員等氏名一覧表（第８号様式）

(3) 委任状（第２号様式）

担当者　　所属・氏名

電話番号

第２号様式（第７条）

平成　　年　　月　　日

委任状

甲は、横浜市認知症介護実践リーダー研修受講料補助金交付要綱に基づき、補助金交付に係る実績報告、請求、受領及び返還に関する権限を乙に委任します。

１　委任者（甲）

(1)　住所

(2)　法人名称

(3)　代表者職氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

２　指定研修実施機関　代理人（乙）

(1)　住所

(2)　法人名称

(3)　代表者職氏名

第９号様式（第15条第５項）

平成　　年　　月　　日現在

横浜市暴力団排除条例第８条の規定に基づく役員等氏名一覧表

所在地

法人名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　横浜市暴力団排除条例第８条に基づき、横浜市に補助金を申請するにあたって、下記に記載のある法人の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、記載されたすべての役員に同趣旨を説明し、同意を得ています。

|  |
| --- |
| 役員等氏名一覧表 |
| 役職 | （フリガナ）氏名 | 性別（男・女） | 生年月日（大正Ｔ・昭和Ｓ・平成Ｈ） | 現住所 |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |
|  |  |  | ＴＳ Ｈ　　　　. 　 . | (〒　　－　　　) |

【備考】

　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）について、必要事項を記入してください。

【横浜市暴力団排除条例第８条】（抜粋）

　市は、補助金、利子補給金その他相当の反対給付金を受けない給付金を交付し、又は貸付金を貸し付ける事業の実施により暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することのないよう必要な措置を講ずるものとする。（給付金の交付等における暴力団排除）