

第 1 号様式（第 5 関係）

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

申請者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付申請書

令和 8 年度において実施する青森県介護人材実務者研修代替職員事業について、補助金の交付を受けたいので、青森県補助金等の交付に関する規則第 3 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円

2 添付書類

- （1）令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業 所要額調書（別紙 1）
- （2）令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業 事業計画書（別紙 2）
- （3）振込先の通帳の写し（「口座番号」・「口座名義人」・「支店名」がわかる部分）
- （4）その他知事が必要と認める書類

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
E メールアドレス	

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業変更承認申請書

令和 年 月 日付け青高保第 号で補助金の交付決定の通知を受けた令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業について、下記のとおり変更したいので、令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付要綱第 6 第 1 号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

- (1) 既交付決定額 金 円
(2) 変更後交付申請額 金 円
(3) 添付書類
・
・
・

(注) 添付書類は、交付申請手続に準じること。

なお、事業内容については、変更箇所に下線を引くとともに、事業費の積算内訳については、変更部分を上下 2 段書きとし、変更前の額を上段に括弧書きし、変更後の額を下段に記載すること。

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
E メールアドレス	

第3号様式（第6関係）

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業事業中止（廃止）承認申請書

令和 年 月 日付け青高保第 号で補助金の交付決定の通知を受けた令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業について、下記のとおり中止（廃止）たいので、令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付要綱第6第2号の規定により申請します。

記

- 1 中止（廃止）の理由
- 2 中止（廃止）の内容
- 3 中止の期間（廃止の時期）

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
Eメールアドレス	

第4号様式（第6関係）

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業遅延等報告書

令和 年 月 日付け青高保第 号で補助金の交付決定の通知を受けた令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業について、令和8年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付要綱第6第3号の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 指示を受ける理由
 - ・ 予定の期間内に完了しない
 - ・ 補助事業の遂行が困難
 - ・ その他（ ）
- 2 状況報告（遂行状況等）
- 3 指示を受ける内容（今後の対応）

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
Eメールアドレス	

第 5 号様式（第 7 関係）

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付申請取下書

令和 年 月 日付け青高保第 号で交付決定の通知を受けた令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金の交付申請を令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付要綱第 7 第 2 項の規定により、下記のとおり取り下げます。

記

1 交付決定額 金 円

2 取下げの理由

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
E メールアドレス	

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金請求書

令和 年 月 日付け青高保第 号で交付決定の通知を受けた令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金として、令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業費補助金交付要綱第 9 の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

取引銀行	銀行 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 ()
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人		

※交付申請に添付した通帳の写しと振込先が異なる場合は、通帳（上記内容がすべてわかる部分）の写しを添付すること。

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
E メールアドレス	

第 7 号様式（第 1 0 関係）

番 号
令和 年 月 日

青森県知事 殿

補助事業者
法人所在地
法人名
法人代表者職・氏名

令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業完了（廃止）実績報告書

令和 年 月 日付け青高保第 号で補助金の交付決定の通知を受けた令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業が完了（を廃止）したので、青森県補助金等の交付に関する規則第 1 2 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

1 補助金額 金 円

2 事業完了（廃止）年月日 令和 年 月 日

3 添付書類

- （1）令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業 精算書（別紙 3）
- （2）令和 8 年度青森県介護人材実務者研修代替職員事業 実績報告書（別紙 4）
- （3）支払額を証する書類
- （4）その他知事が必要と認める書類

担当者	
所属	
電話番号（ファックス番号）	
E メールアドレス	