

※提出期限は令和9年3月5日着(FAX不可)

※送り先住所

令和 年 月 日

〒330-8506 埼玉県さいたま市大宮区北袋町 1-299-3

(一社)埼玉県トラック協会 会長 様

所属支部 \_\_\_\_\_

〒

住 所

会 社 名

代 表 者

会社印

担当 者 名

電 話 番 号

F A X 番 号

## フォークリフト運転技能講習等資格取得に係る助成金申請書兼実績報告書(請求書)

この度、下記のとおり技能講習を受講したので関係書類を添えて申請及び報告(請求)いたします。

## 記

1 受講者名 別紙2に記載

2 助成請求額 別紙2の合計 金 \_\_\_\_\_ 円 (上限10万円)

## 3 添付書類

- ① 別紙2
- ② 資格取得に関する証明(受講修了証)の写し
- ③ 費用支払領収書の写し
- ④ 在職証明書
- ⑤ 受付済み助成金事前申請書(様式1)の写し

注)本報告書に記載された個人情報については、免許取得に係る事実確認のため当該陸災防埼玉県支部に照会する場合を除き、第三者への開示はいたしません。

## 4 申請額の振込先

① 振込先金融機関		② 口座名(フリガナ)	口座番号
金融機関		( )	普通・当座
支店			No. _____

- ① 振込先金融機関… ○○銀行○○支店、と支店名まで明記。
- ② 口 座 名 (フリガナ)… 申請者と同一法人名・代表者名を明記。
- ③ 振 込 先… 個人への振込は不可。必ず会社名義の口座に限ります。

受付No.

## フォークリフト運転技能講習等助成制度 請求内訳書

※当助成は、陸上貨物運送事業労働災害防止協会埼玉県支部での受講に限ります。

受講者名	所属営業所	講習の種類 □に✓を入れて下さい	助成額	講習修了日
		<input type="checkbox"/> フォークリフト運転技能 20,000円 <input type="checkbox"/> フォークリフト従事者教育 2,000円 <input type="checkbox"/> はい作業主任者技能 3,000円	円	年 月 日
		<input type="checkbox"/> フォークリフト運転技能 20,000円 <input type="checkbox"/> フォークリフト従事者教育 2,000円 <input type="checkbox"/> はい作業主任者技能 3,000円	円	年 月 日
		<input type="checkbox"/> フォークリフト運転技能 20,000円 <input type="checkbox"/> フォークリフト従事者教育 2,000円 <input type="checkbox"/> はい作業主任者技能 3,000円	円	年 月 日
		<input type="checkbox"/> フォークリフト運転技能 20,000円 <input type="checkbox"/> フォークリフト従事者教育 2,000円 <input type="checkbox"/> はい作業主任者技能 3,000円	円	年 月 日
		<input type="checkbox"/> フォークリフト運転技能 20,000円 <input type="checkbox"/> フォークリフト従事者教育 2,000円 <input type="checkbox"/> はい作業主任者技能 3,000円	円	年 月 日
<b>合 計</b>			円	

**【重要】** 下記内容を確認の上、□欄にチェック(☑)をご記入ください。  
**【チェック欄未記入・陸災防埼玉県支部以外での取得申請は受付不可】**

本申請は、陸上貨物運送事業労働災害防止協会埼玉県支部で取得したものになります。

## 添 付 用 紙

修了証の写し

※陸上貨物運送事業労働災害防止協会埼玉県支部での取得のみ助成対象です。

左  
側  
の  
み  
糊  
付  
け  
下  
さ  
い

① 費用支払領収書の写し

左  
側  
の  
み  
糊  
付  
け  
下  
さ  
い

(一社)埼玉県トラック協会 会長 様

現住所 \_\_\_\_\_

※下段の営業所へ勤務するにあたり居住する住所を記入して下さい

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

入社年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

取得・受講年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

勤務地 営業所名 \_\_\_\_\_

所在地※ **埼玉県** \_\_\_\_\_

※埼玉県内の営業所(事業所)に勤務する従業員が助成の対象となります。

上記の者が、当社の埼玉県内の営業所等に勤務していることを証明します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 会社印