

記入例

余白部分に申請者の捨印を押してください。

第1号様式（第6条関係）

印

豊島区介護職員実務者研修課程受講料助成金交付申請兼請求書

令和 6年 8月 31日

豊島区長

豊島区介護職員実務者研修課程受講料助成要綱第6条の規定により、
り申請します。決定後、決定金額を下記の口座に振り込みください。
なお、本事業の他に、受講料の助成は受けておらず、受講料の助成に係
を申し添えます。

助成金額は、1000円未満切り捨てです。
経費が10万円以上の場合、10万円が上限です。
※金額の訂正はできません。
誤って記入した場合は、新たな

申請者	住所	〒170-0000 豊島区 南池袋 ○-○-○	
	氏名	豊島 かなまる	印
補助対象経費※1	57,560円	助成金申請額※2	97,000円
振込口座	銀行 信用金庫	○○	支店
	口座番号	1234567	口座名義 (カナ) ※本人名義の口座に限る 豊島 かなまる

領収書の経費を記載ください。

本人名義の口座に
限ります。

※1 補助対象経費は、同研修の受講料（必須の教材及び実習費を含む。）として、申請者が研修を実施した養成機関に支払った額とします。

※2 助成金申請額は、本人が負担した受講料全額（千円未満の端数は切り捨て）又は100,000円のうち、いずれか低い額とします。

【添付書類】

- 申請者が介護職員実務者研修課程を修了した旨の証明の写し
- 介護職員実務者研修課程受講料の領収書（原本）
- 振込口座の確認できる書類（通帳やキャッシュカードの写し）

余白部分に事業者捨印を押してください。

印

枠内は事業者の方が記入してください。

事業者証明欄			
豊島区長	令和6年 8月 30日		
事業者	所在地	事業者の所在地、法人名、代表者を記入の上、押印ください。	
	法人名	印	
	代表者		
上記申請者を介護職員として雇用していることを証明します。			
研修終了日以前より就労していた場合でも、研修修了		電話番号	○○-××××-△△△△
事業所	所在地	豊島区 南池袋 ○-○-○	
	就労期間	令和6年5月19日～ 令和6年8月30日	就労日数 (通算45日以上)
担当者		連絡先 電話番号	問合わせする際の担当者

※研修修了前から継続して就労している場合、**研修終了日翌日からの就労期間、就労日数**をご記入ください。