

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

年 月 日

豊島区長

豊島区介護職員実務者研修受講料助成要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。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、受講料の助成に係る申請も行っていないことを申し添えます。

申請者	住所	〒	電話番号 (日中連絡の取れる番号を記載)			
	氏名			⑩		- -
補助対象経費※1	円	助成金申請額※2			0 0 0 円	

振込口座	銀行 信用金庫		支店	普通口座
	口座番号	口座名義 (カナ) ※本人名義の口座に限る		

※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）

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		年 月 日			
事業者		所在地			
		法人名			
		代表者			
		⑩			
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。					
就業先事業所	事業所名			電話番号	
	所在地	豊島区			
	就労期間	年 月 日～	年 月 日	就労日数 (通算45日以上)	日
担当者			連絡先 電話番号		