

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	Ⓜ		- -
補助対象経費※1		円	助成金申請額※2	000円
修了日		年 月 日		

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。

証明年月日		年	月	日
事業者証明欄				
豊島区長				
事業者 所在地				
法人名				
代表者 Ⓜ				
下記のとおり、当事業所において、上記申請者を介護職員として現在まで雇用していることを証明します。				
・雇用開始日		年	月	日
・研修修了日の翌日以降、在籍期間が3か月を超えた日		年	月	日
・研修修了日の翌日以降、従事日数が45日を超えた日		年	月	日
就業先	事業所名			電話番号
	所在地	豊島区		
担当者		連絡先 電話番号		