

記入例

記入の際には、えんぴつ・消せるボールペン（フリクションペン）などを使用しないでください。

印は、朱肉を使用するタイプの印鑑で押してください（シャチハタ印は不可）。

第1号様式（第4条関係）

練馬区介護支援専門員更新研修費助成金交付申請書兼請求書

練馬区長 殿

令和2年 6月 1日

住所 東東京市練馬近隣5-43-21
申請者 氏名 介護 花子

押印（訂正用）
印

介護支援専門員更新研修費助成要綱に規定する助成金について、下記のとおり交付されるよう、申請します。なお、決定後は決定金額を下記の口座にお振込みください。

申請者 氏名 介護 花子
住所 〒123-4567 東東京市練馬近隣5-43-21
連絡先 04-1234-5678 勤務先または自宅の電話番号（携帯でも可）
練馬区内事業所の勤続年数 7年（申請日時点の過去累計年数）
更新に際して受講する研修の種別
種別 専門研修 および専門研修 または更新研修（88時間）の受講者 助成額 9,400円
専門研修 または更新研修（32時間）の受講者 助成額 7,700円
主任介護支援専門員更新研修の受講者 助成額 8,400円

（いずれかに 印を記入）

振込口座 ABC 銀行（信用金庫） 練馬 （本支店） 普通 口座
口座番号 0123450
口座名義（カナ）カイゴ ハナコ

個人への助成になります（事業所等の口座は書かないでください）。
口座番号は、0から始まる場合も省略せず7桁で記入してください。

勤務している事業所 フリガナ アイエオキョタクカイゴシエンジギョウシヨ
事業所名称 あいうえお居宅介護支援事業所
事業所の所在地 （郵便番号 176 - 8501）
練馬区 豊玉北6-12-1
（ビル的名称等）
連絡先 電話番号 03-987-6543 FAX番号 03-987-5432
代表者の職名・氏名 職名 管理者 フリガナ ネリマ タロウ
氏名 練馬 太郎

上記の申請者は、当事業所において、介護支援専門員として介護サービス計画の作成業務に携わっていること、または主任介護支援専門員として業務に携わっていることを証します。

代表者の職・氏名 管理者 練馬 太郎

代表者印

勤務する練馬区内事業所の「代表者の印」または管理者等の「私印」（本社等の社判は不可）

上記内容より、介護支援専門員更新研修費助成金として、
7,700 円 を請求します。

研修修了証明書の写しを添付してください。

（添付書類）

・研修の受講を修了したことを証明する書類（研修受講修了証明等）