

練馬区介護職員初任者研修受講料助成金交付申請書兼請求書(本人用)

申請年月日 年 月 日

練馬区長 殿

住所

申請者

氏名

※申請者本人が手書きしない場合（印刷等で記名）は申請者本人の印を押印してください。

練馬区介護職員初任者研修受講料助成要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。決定後は、決定金額を下記の口座にお振り込みください。

なお、この助成を受けるに当たり、他の同種の助成を受けておらず、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	〒		
	氏名	(フリガナ)	電話番号	
内容	受講料	円		
	修了日	年 月 日		

振込口座	銀行（信用金庫）		(本) 支店	普通預金	口座
	口座番号				
	口座名義（カナ）				※本人名義の口座に限ります。

事業者証明欄

申請者_____は、 年 月 日付けで本事業所に採用された職員で、現に本事業所に就労していることおよび上記修了日以降、 年 月 日付けで介護職員または障害福祉サービス従事者として継続して6か月間就労したことを証明します。また、申請者が非定型的パートタイムヘルパー（通称：登録ヘルパー）である場合は、上記修了日以降、 年 月 日付けで従事時間が通算 90 時間（修了日以前からの継続従事者にあつては、修了前の従事時間最大 45 時間を含む。）を超えたことを合わせて証明します。

証明年月日： 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者

連絡先

印