

記入例

練馬区介護職員実務者研修受講料助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

申請年月日 令和7年10月30日

練馬

- ・事業所の正式名称を記載してください
- ・代表者の氏名だけでなく、職名も記載してください

所在地 練馬区豊玉北〇〇
名称 医療法人 〇〇会
〇〇ケアサポート 桜台
代表者職氏名 施設長 練馬太郎

代表者印

※法人ではなく、事業所の内容をご記入ください。

※代表者の個人印か、職名の入った事業所印を押印ください。

練馬区介護職員実務者研修受講料助成要綱第7条第1項の規定により、当事業所に勤務している者につ

訂正する際は二重線を引き、こちらと同じ印を押して訂正してください（例では大泉銀行を石神井銀行に訂正し、同じ印を押して訂正）

205,000

円

1 受講料合計額

〔内 訳〕

氏 名	住 所	就労開始年月日	研修修了年月日	受講料
練馬 花子	練馬区豊玉北 〇-〇-〇	令和3年2月10日	令和7年3月15日	80,000 円
大泉 太郎	板橋区小茂根 〇-〇-〇	令和7年4年25日	令和7年2月25日	125,000 円
				円
合 計				205,000 円

2 振込口座

石神井

それぞれ該当する方を○で囲んでください。

振込口座	大泉銀行（信用金庫）	豊玉	（本）	支店	普通	当座	預金口座
	口座番号 0012345	口座名義（カナ）	イ）〇〇カイ 〇〇ケアサポート サクラダイテン シセツチヨウ ネリマタロウ				

3 添付書類

- (1) 介護従事者
- (2) 事業所が養
- (3) 介護従事者または障害福祉サービス従事者と事業所で締結した協定書の写し
- (4) 賃金台帳等（助成対象者が研修修了日以後6か月以上継続して就労し、かつ、従事した日数が90日以上あることを証明するもの）

「振込口座」は事業所名義と一致する必要があります。事業所と振込口座が異なる場合は、別紙の委任状を提出してください。

2か所☑
を入れて
くださ
い。

申請者は、介護従事者または障害福祉サービス従事者が下記の全ての要件に該当することを確認した。（全てに☑）

- ☑介護職員実務者研修課程の修了日から3か月以内に介護職員または障害福祉サービス従事者として就労していること。
- ☑介護職員実務者研修課程の修了日以降、継続して6か月間就労し、かつ、従事した日数が90日以上あること。