

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(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。

練馬区介護職員実務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、かつ、上記修了日以降、 年 月 日付けで 90 日従事したことを証明します。

証明年月日： 年 月 日

事業所 所在地
名称
代表者
連絡先

印