

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 年 月 日

練馬区長 殿

所在地
 助成対象事業所 名称
 代表者職氏名 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いて、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。

1 受講料合計額 _____ 円

[内訳]

氏名	住所	就労開始年月日	研修修了年月日	受講料
				円
				円
				円
合 計				円

2 振込口座

振込口座	銀行（信用金庫）	（本）支店	普通・当座	預金口座
	口座番号	口座名義（カナ）		

3 添付書類

介護従事者または障害福祉サービス従事者が介護職員実務者研修を修了した旨の証明書の写し
 事業所が養成機関に支払った受講料の領収書

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

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）

要件 確 認	<p>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☑）</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--------------	--