

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

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6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 |
| | □ 座 番 号 | | | | |
| | □ 座 名 義 (カ ナ) | | | | 本人名義の口座に限ります。 |

添付書類

- ・介護職員初任者研修受講料領収書(原本)
- ・介護職員初任者研修修了証(写し)

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、上記修了日以降、介護職員または障害福祉サービス従業者として現に就労した期間が3か月以上であることを証明します。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、従事時間が上記修了日以降、通算して45時間を超えていることを合わせて証明します。

年 月 日

事業所 住所
名称
代表者
連絡先

印