様式第１号の４（第８条関係）

年　　　月　　　日

（提出先）

足立区長

（申請者）

所在地

名　称

代表者名

|  |
| --- |
| 介護保険事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**足立区介護職員資格取得等支援事業助成金交付申請書**

**（その他研修等）**

足立区介護職員資格取得等支援事業助成金交付要綱第８条の規定に基づき、当事業所に勤務している者について、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

［内 訳］

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 住　所 | 雇用形態 | 研修区分 | 就労開始年月日 | 資格取得年月日 | 資格取得費　　用 | 内　訳 | 申請額 |
| 自己負担 | 事業者負担 |
|  |  | 常勤・ﾊﾟｰﾄ他（　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 常勤・ﾊﾟｰﾄ他（　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 常勤・ﾊﾟｰﾄ他（　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |

＊研修を受講した場合の資格取得日は、研修を修了した日を記入する。

担当者名

連絡先℡

２　添付書類

（１）研修等を受講修了したことを証する書類の写し（資格取得したことがわかるもの）

（２）研修等受講料を研修実施機関に支払った費用の領収書の写し

（３）事業者が資格取得者本人に資格取得費用を助成した場合は、その確認ができる書類（領収書等）の写し

３　確認事項

本助成金交付申請にあたっては、他の制度により助成を受けていないこと。（実施要綱第２条第１項第３号関係）

№