

# 記載例

令和 年 月 日

(提出先)  
足立区長

法人住所ではなく、事業所の所在地をご記入ください。

(申請者)  
所在地 足立区中央本町 1-17-1  
名称 社会福祉法人 ●●●●  
●●●●センター  
代表者名 ●● ●●

介護保険事業所番号									
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0

## 足立区介護職員資格取得等支援事業助成金交付申請書 ( 初任者研修 実務者研修 )

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 165,000 円

千円未満切捨て

千円未満切捨て

[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	
〇〇 〇〇	足立区△△ 1-2-3	常勤・パート 他( )	初任者 実務者	R7.4.1	R7.5.15	65,500 円	0円	65,500 円	65,000 円
◆◆ ◆◆	足立区△△ 3-2-1	常勤・パート 他( )	初任者 実務者	R7.9.1	R8.5.10	105,000 円	0円	105,000 円	100,000 円
介護職員実務者研修は助成上限10万円のため、超過分は助成対象外。									
合 計									165,000 円

\*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TEL 1234-5678

### 2 添付書類

- 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)
- 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
- 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)

「本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。」

部署(役職)と氏名を必ず記入してください。

申請者 理事長 ●● ●●

記入不要です。

No.