様式第1号（第8条関係）

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　理事長　●●

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 自己負担	内訳 事業者負担	申請額
○○　○○	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
		常勤・パート 他（　）	初任者 実務者						
合　計									165,000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。

＊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
（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）

「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）と右上の代表者名と同一の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.