別記様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

　小平市長　殿

小平市介護職員初任者研修受講費用助成金交付申請書

　小平市介護職員初任者研修受講費用助成金の交付を受けたいので、小平市介護職員初任者研修受講費用助成金交付要綱第７条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 氏　　名 | | （※）  ※本人が自署しない場合は、記名押印してください。 | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 勤務先 | 所在地 |  | | | | | | |
| 事業所名 |  | 介護サービス名 | | | |  | |
| 初任者研修名 | |  | | | | | | |
| 研修事業者名 | |  | | | | | | |
| 研修修了年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | 受講料  （教材費等含む。） | | | | 円 |
| 交付申請額 | | 円 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申立て事項 | 私は、この助成を受けるに当たり、国、東京都、他の地方公共団体、民間等で実施されている他の制度により同種の助成を受けておらず、今後も受ける予定はありません。  署名 |

※所属事業所記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務証明書 | 上記の者は、　　年　　月　　日付けで当事業所で採用しており、上記介護職員初任者研修修了後、介護職員として３か月以上継続して就労し、現に当事業所で就労していること証明します。  　　　年　　　月　　　日  事業所名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |