

記入例

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（事業所用）

・所在地：就労先事業所の練馬区内の住所を記載
※法人の住所ではありません。

・名称：法人名と就労先事業所名の両方を記載

・代表者：就労先事業所における代表者の職名と氏名を記載の上、代表者の個人印か職名の入った事業所印を押印（シャチハタ不可）

申請年月日 **令和7年10月30日**

所在地 **練馬区豊玉北〇〇**
事業所名称 **医療法人 〇〇会 〇〇ケアサポート 桜台**
代表者職氏名 **施設長 練馬太郎**



※法人ではなく、事業所の内容をご記入ください。

※代表者の個人印か、職名の入った事業所印を押印ください。

成要綱第7条第1項の規定により、当事業所に勤務している者については、決定金額を下記の口座にお振り込みください。
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

訂正する際は二重線を引き、こちらと同じ印を押して訂正してください（例では大泉銀行を石神井銀行に訂正し、同じ印を押して訂正）

1 受講料合計額 **133,000** 円

[内 訳]

氏名	住所	就労開始年月日	研修修了年月日	受講料
練馬 花子	練馬区豊玉北 〇-〇-〇	令和3年2月10日	令和7年3月15日	78,000 円
大泉 太郎	板橋区小茂根 〇-〇-〇	令和7年4年25日	令和7年2月25日	55,000 円
				円
合 計				133,000 円

2 振込口座 **石神井** それぞれ該当する方を○で囲んでください。

振込口座	大泉 <small>代表者印</small> 銀行（信用金庫）	豊玉 （本） 支店 普通 ・当座 預金口座
	口座番号 0012345	口座名義（カナ） イ）〇〇カイ 〇〇ケアサポート サクラダイテン シセツチヨウ ネリマタロウ

3 添付書類

- (1) 介護従事者
- (2) 事業所が養
- (3) 介護従事者
- (4) 賃金台帳等(助成対象者が研修修了日以後6か月以上継続して就労していることを証明するもの。ただし、非定型的パートタイムヘルパーにあっては、従事時間が通算して90時間を超えている証明を含むもの)

「振込口座」は事業所名義と一致する必要があります。右上に記載の申請事業所と振込口座が異なる場合は、別紙の委任状も提出してください。

2か所☑を入れてください。

認

申請者は、介護従事者または障害福祉サービス従事者が下記の全ての要件に該当することを確認した。（全てに☑）

- ☑介護職員初任者研修課程の修了日から3か月以内に介護職員または障害福祉サービス従事者として就労していること。
- ☑介護職員初任者研修課程の修了日以降、継続して6か月間就労したこと。また、介護従事者または障害福祉サービス従事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、修了日以降の従事時間が通算90時間（修了日以前からの継続従事者にあつては、修了前の従事時間最大45時間を含む。）を超えたこと。