第１号様式（第６条関係）

**練馬区介護職員実務者研修受講料助成金交付申請書兼請求書**

申請年月日　　　　年　　月　　日

練馬区長　殿

住所

申請者

氏名

※申請者本人が手書きしない場合（印刷等で記名）は申請者本人の印を押印してください。

練馬区介護職員実務者研修受講料助成要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。決定後は、決定金額を下記の口座にお振り込みください。

なお、この助成を受けるに当たり、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とを申し添えます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 住所 | 〒 | | |
| 氏名 | （フリガナ） | 電話  番号 |  |
|  |
| 内 容 | 受講料 | 円 | | |
| 修了日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込口座 | 銀行（信用金庫）　　　　　　　　（本）支店　　**普通預金**　口座  口　座　番　号  口座名義（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本人名義の口座に限ります。 |

事業者証明欄

申請者　　　　　　　　　　　　　は、　　　　　年　　　月　　　日付けで本事業所に採用された職員で、現に本事業所に就労していることおよび上記修了日以降、　　　　　年　　　月　　　日付けで介護職員または障害福祉サービス従事者として継続して６か月間就労し、かつ、上記修了日以降、　　　　　年　　　月　　　日付けで90日従事したことを証明します。

証明年月日：　　　　年　　　　月　　　日

　　事業所　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先