第５号様式（別表関係）

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（事業所用）

申請年月日　　　　年　　月　　日

練馬区長　殿

所在地

助成対象事業所　名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

※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。

練馬区介護職員実務者研修受講料助成要綱第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、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。

１　受講料合計額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

［内 訳］

氏 名	住 所	就労開始年月日	研修修了年月日	受講料
				円
				円
				円
合　計				円

２　振込口座

振込口座	銀行（信用金庫）　　（本）支店　**普通・当座**　預金口座 口座番号　　口座名義（カナ）

３　添付書類

⑴　介護従事者または障害福祉サービス従事者が介護職員実務者研修を修了した旨の証明書の写し

⑵　事業所が養成機関に支払った受講料の領収書

⑶　介護従事者または障害福祉サービス従事者と事業所で締結した協定書の写し

⑷　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、かつ、従事した日数が 90 日以上あることを証明するもの）

要件確認	**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☑）** ☐介護職員実務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。 ☐介護職員実務者研修課程の修了日以降、継続して６か月間就労し、かつ、従事した日数が 90 日以上あること。