

<記入例>

江戸川区介護職員初任者研修等受講費用助成申請書

郵送で提出する場合は「投函日」

窓口で提出する場合は「提出日」を記入してください。

令和5年12月15日

江戸川区長 殿

該当する研修に○をしてください。

江戸川区介護職員（**初任者**・実務者・生活援助従事者）研修受講費用助成金の交付を受けたいので、江戸川区介護職員初任者研修等受講費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、初任者研修等受講費用に係る助成金の交付申請に当たり、受講に係る経費について他に助成を受けていないことを申し添えます。

申請者	住所	〒132-0851 江戸川区中央1-4-1		朱肉を使用する印鑑を使用してください。	
	ふりがな	えどがわ たろう		生年月日	平成2年3月4日
	氏名	江戸川 太郎			
	連絡先	自宅	03-5662-0032	携帯	090-XXXX-0000

研修機関名	〇〇〇〇スクール	・修了証明書に記載されている研修機関名をご記入ください。
-------	----------	------------------------------

所在地	〒132-0031 江戸川区松島1-38-1	・実際に研修を開始した日と修了証明書に記載されている日付を記入してください。
-----	---------------------------	--

研修期間	令和5年3月1日 ~ 令和5年5月31日
------	----------------------

申請金額	70,000円 <u>(千円未満切捨て)</u>
------	--------------------------

勤務先	法人名称	(株)〇〇××コーポレーション
	事業所名	〇××介護サービス
	事業所所在地	〒132-0851 江戸川区中央〇-〇-〇
		電話
勤務開始日	令和5年6月1日	

法人名称・事業所名が分からない場合は勤務先へ確認してください。

添付書類

書類の不備（記入漏れ、誤記入、押印漏れ、押印不鮮明、事実と相違）等がある場合、受け付けできませんので、申請前に必ず不備がないか確認してご提出いただくようお願いいたします。