

申請書記入時の注意事項

申請要件を満たした日の翌月から3ヶ月以内に、世田谷区福祉人材育成・研修センターへ郵送(到着日が申請受付日)または持参申請。
世田谷区福祉人材育成・研修センター (住所:世田谷区成城6-3-10 成城6丁目事務所棟1階 電話:03-5429-3100)

号様式(第4条関係)

福祉人材育成・研修センターへ提出の日を記入する。

申請日 平成30年7月13日

印は朱肉を使用するタイプを使用。ネームスタンプ(シャチハタ)印不可。
申請者記入欄の訂正をした場合は、ここに押した印と同じ印を訂正印として押印。
交付決定後の請求書にも同じ印を使用。

世田谷区長 あて

世田谷区介護職員初任者研修課程等受講料助成金交付申請書

世田谷区介護職員初任者研修課程等受講料助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

住所	〒123-4567 東京都世田谷区世田谷 - -	生年月日	昭和63年1月1日(30歳)
氏名	世田谷 太郎 ㊟	電話番号	日中に連絡できる電話番号 080-1234-5678
指定養成研修事業者名	株式会社		
研修期間	平成30年1月9日 ~ 平成30年2月28日	修了年月日	平成30年2月28日
受講料(助成対象経費)	77,700 円	勤務先からの助成額	0 円
申立事項等	私は、この助成を受けるにあたり、国、東京都、公益団体等で実施されている他の類似の助成を受けていないことをここに申し添えます。 【その他の申し立て事項等】 署名 世田谷 太郎 ㊟		

修了証明書の発行事業者名を記入。

修了証明書の年月日を記入。

領収書の額を記入。申請者あての領収書を添付。

申し立て事項を確認し、署名・押印。(申請印と同じ印)ネームスタンプ(シャチハタ)印不可。

事業所記入欄

勤務先	名称	ホーム		電話番号	
	所在地	世田谷区砧 - -		03 1234 5678	
	サービスの種類(該当に印)	居宅サービス(訪問介護等)・施設サービス(特養・老健等) 地域密着型サービス(通所介護・小規模多機能・グループホーム等)・障害福祉サービス その他()			
	雇用形態(該当に印)	常勤 非常勤・臨時(パート) 登録ヘルパー・その他()			
	非常勤・パートのみ記入	週()日間、1日()時間勤務 ・登録後3ヶ月を経過し、かつ従事時間が90時間を超えた日を記入 _____年____月____日			
勤務先証明欄(就労証明書)	申請者は、平成30年4月1日付で当事業所に採用(登録)し、現在、当事業所の介護職員である(登録している)ことを証明する。 平成30年7月2日 所在地 世田谷区砧 - - 事業所名 ホーム 代表者名 世田谷 花子 ㊟(社印または代表者印)				

勤務先の長(事業所長や施設長など)、または運営法人の代表者など、就労を証明できる方が記入・押印する。(私印可)

朱肉を使用するタイプの印を使用。

事業所記入欄の訂正をした場合は、ここに押した印と同じ印を訂正印として押印。

記入不要

受付記入欄

世田谷区福祉人材育成・研修センター処理欄			世田谷区処理欄	
受付年月日	確認者	提出書類確認	受付年月日	助成対象経費
		申請書(内容確認) []		円
		登録証(写) []		助成決定金額
		領収書原本 []		円
	備考			備考

他の研修や講座とセットで受講した場合は、金額の内訳がわかる書類を提出。
クレジットカードで受講料を支払った場合は、クレジットカード契約書とクレジットカード利用明細書等の支払いが完了したことが確認できる書類も提出。
必要に応じてカード名義・支払い回数等を確認させていただくことがあります。

第1号様式（第4条関係）

申請日 年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区介護職員初任者研修課程等受講料助成金交付申請書

世田谷区介護職員初任者研修課程等受講料助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

申請者記入欄	申請者	住所	〒	生年月日	年 月 日 (歳)
		氏名		電話番号	日中に連絡できる電話番号
	指定養成研修事業者名				
	研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日	修了年月日	年 月 日	
	受講料 (助成対象経費)	円	勤務先からの助成額	円	
申立事項等	私は、この助成を受けるにあたり、国、東京都、公益団体等で実施されている他の類似の助成を受けていないことをここに申し添えます。 【その他の申し立て事項等】				
			署名		

事業所記入欄	勤務先	名称		電話番号	
		所在地	世田谷区		
	サービスの種類 (該当に 印)	居宅サービス (訪問介護等) ・施設サービス (特養・老健等) 地域密着型サービス (通所介護・小規模多機能・グループホーム等) ・障害福祉サービス その他 ()			
	雇用形態 (該当に 印)	常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時 (パート) 登録ヘルパー ・ その他 ()			
	非常勤・パートのみ記入	→	週 () 日間、1日 () 時間勤務		
	登録ヘルパーのみ記入	→	・登録後3ヶ月を経過し、かつ従事時間が90時間を超えた日を記入 _____年 _____月 _____日		
(勤務先証明書)	申請者は、 _____年 _____月 _____日付で当事業所に採用 (登録) し、現在、当事業所の介護職員である (登録している) ことを証明する。 _____年 _____月 _____日 所在地 _____ 事業所名 _____ 代表者名 _____ (印) (社印または代表者印)				

受付記入欄	世田谷区福祉人材育成・研修センター処理欄			世田谷区処理欄	
	受付年月日	確認者	提出書類確認	受付年月日	助成対象経費
			申請書 (内容確認) []		円
			登録証 (写) []		助成決定金額
			領収書原本 []		円
	備考			備考	