

第1号様式（第6関係）

申請日 年 月 日

西東京市長 あて

西東京市介護職員初任者研修受講料助成金交付申請書

西東京市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		開講年月日	年 月 日
		受講料 (助成対象経費)		修了年月日	年 月 日
	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、事業所等で実施されている他の助成を受けていないことをここに申し添えます。 署名 _____ ④			

※ この欄は西東京市外にお住まいで、西東京市内の介護事業所で介護職員として就業している方のみ、記載が必要です。
(事業所の証明をもらってください。)

事業所 記入欄	就労状況等	勤務先	名称		電話番号
			所在地	西東京市	- -
		雇用形態 (該当に○印)	常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時 (パート) ・ その他 ()		
	勤務先証明書 (就労証明書)	申請者は、年 月 日付で (採用 ・ 研修を修了) し、現在、当事業所の介護職員であることを証明する。 年 月 日 所在地 事業所名 代表者名 _____ ④ (社印または代表者印)			

※ 証明を要する期間は下記のとおりです。
 研修修了前から就業している方・・・研修を修了した日～証明日 (現在)
 研修修了後に就業した方・・・採用した日～証明日 (現在)

受付 記入欄	窓口受付担当処理欄			西東京市処理欄	
	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
			修了証 (写) []		助成決定金額
			領収書 (写) []		円
	備考			備考	