

申請日 年 月 日

西東京市長 あて

西東京市介護人材確保対策事業補助金交付申請書兼請求書（本人用）

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 - -
	研修事業者名				研修内容 <small>いずれかに○をつけてください</small>	介護職員初任者研修課程 ・ 介護福祉士実務者研修
	申請額		※	円	修了年月日	年 月 日
	申立事項等	私は、この補助を受けるにあたり、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 _____				
振込先口座情報	銀行名		支店名		口座種目	
	銀行 信用金庫		本店 支店		普通 ・ 当座	
	口座名義人（カナ）					
	口座名義人（漢字）					

※申請額欄は、受講料と5万円（初任者研修）又は10万円（実務者研修）を比較して、どちらか少ない額を記載してください。

添付書類

- 1 介護職員初任者研修課程又は介護福祉士実務者研修受講にかかる領収書（写）
- 2 介護職員初任者研修課程修了証書又は介護福祉士実務者研修修了証書（写）
- 3 振込先の口座情報が確認できるもの（通帳の写し等）

- この欄は申請者が所属する事業所が記入する欄になります。
- 後日、事業所に当該申請者が就労しているか確認させていただく場合があります。

事業所記入欄	勤務先証明書 (就労証明書)	申請者は、 年 月 日付、当事業所において勤務を開始し、現在も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

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
口座情報 []			備考		
	備考				