

令和 7 年 7 月 15 日

杉並区長 宛

法人の主たる所在地、代表者の役職及び氏名を記入のうえ、法人印（代表者印）で押印

住 所 東京都杉並区阿佐ヶ谷南1-15-1
 氏 名 株式会社 すぎなみ
 代表取締役 杉並 太郎 印

杉並区介護職員初任者研修等（初任者・生活援助・実務者・認知症介護基礎）
 受講料助成金交付申請書

杉並区介護職員初任者研修等受講料助成要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。なお、本事業のほかに、受講費用の助成は受けておらず、受講費用の助成に係る申請も行っていないことを申し添えます。

区の電子計算機等に、本件に関する私の個人情報を登録することに同意します。

記

申請者	氏名	(フリガナ)スギナミ タロウ 杉並 太郎
	住所	〒1668570 東京都杉並区阿佐谷南1-15-1
	連絡先	03-3312-2111
内容	申請する研修を選択 (○印)	初任者・生活援助・実務者研修・ <u>認知症介護基礎</u>
	受講料	受講料は <u>総額</u> を記入。 修了日は <u>空欄</u> 。 (裏面の助成対象者一覧で <u>確認</u> します)
	修了日	9,000 円 年 月 日
勤務先	勤務先 (事業所) 名称	①阿佐ヶ谷介護センター ②荻窪介護センター ③高円寺介護センター
	勤務先 (事業所) 住所	①杉並区阿佐ヶ谷北〇〇 ②杉並区荻窪〇〇 ③杉並区高円寺北〇〇

必要書類

- ・介護職員初任者研修等修了証（写し）
- ・研修費用を支払ったことを証明する物の写し（領収書、払込受領証、振込明細書等）
- ・資格取得後に継続して3ヵ月以上勤務している証明（勤務証明書等）
- ・杉並区介護職員初任者研修等受講料助成金交付請求書（第4号様式）

・助成対象者一覧（認知症介護基礎研修から研修修了日のも作成）

氏名	住所	勤務先（事業所） 名称	研修修了日
〇〇 〇〇	東京都杉並区〇〇	阿佐ヶ谷介護センター	令和7年4月15日
×× ××	東京都中野区〇〇	荻窪介護センター	令和7年4月15日
△△ △△	東京都世田谷区〇〇	高円寺介護センター	令和7年4月15日

・法人の担当者について記載してください。

氏名： _____

連絡先（電話番号）： _____