

受講者本人と本人に代わり受講料を立て替える事業所の管理者等がそれぞれ署名してください。

立替払等研修課程受講料助成申請書に関する同意書

(事業所職員) すぎなみ なみすけ (以下「甲」という。) は  
(事業所管理者等) おぎくぼ なみすけ (以下「乙」という。) が杉

並区障害福祉サービス事業所等従事者養成研修課程受講料助成要綱第6条に基づき、甲が受講する研修に要する費用を甲に代わり、また、乙が区に助成金を申請するに当たり、

研修日程、受講料を支払う研修実施機関、支払金額を記載してください。

研修日時	令和 8 年 1 月 1 日 ~ 令和 8 年 4 月 1 日
支払先 (研修受講先)	〇〇介護予備校新宿校
支払金額	60,000円

令和 7 年 12 月 1 日

- ・ 受講料を立て替えることに同意した日付を記載してください。※基本的に事業所等が立て替える前
- ・ 甲乙署名し押印してください。

(甲) 所在地 杉並区阿佐谷南 1-15-1  
 代表者 すぎなみ なみすけ 

(乙) 住 所 杉並区北荻窪 1-15-1  
 事業所名 なみすけ居宅介護事業所北荻窪  
 氏名 代表取締役 おぎくぼ なみすけ 