

受講者本人が申請する場合の記載例

※事業所等の申請の場合と様式が異なりますのでご注意ください。

第1号様式（第6

令和 8 年 7 月 2 日

申請日、申請者の住所・氏名を記載し、押印してください。

住所 杉並区阿佐谷南1-15-1
氏名 すぎなみ なみすけ

印

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金交付申請書（本人用）

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

申請者の氏名・住所等の情報、修了した研修課程にチェックをし、修了日、受講料等の情報を記載してください。

■申請内容記入欄

申請者	氏名	(フリガナ)スギナミ ナミスケ すぎなみ なみすけ	
	住所	〒166-8570 杉並区阿佐谷南1-15-1	
	連絡先	03-3312-2△△	
修了した研修課程	修了した研修課程名（ <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください）	修了日	受講料
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	令和8年4月1日	60,000円
	<input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修※		
	<input type="checkbox"/> 障害者居宅介護従業者基礎研修※		
	<input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修※		
	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修※		
	<input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修※		
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者養成研修※		
<input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修※			
<input type="checkbox"/> 移動支援従業者養成研修※			
<input type="checkbox"/> 杉並区知的・精神障害者ガイドヘルパー講座※			

申請者が研修修了日以降、区内の障害福祉サービス等事業所に3か月以上勤務していることを証明する勤務証明欄です。事業所の代表者等が記載し、押印してください。

※の研修は令和8年4月1日以降に修了した研修が対象です。

【事業所勤務証明欄】

上記の者は 令和 8 年 4 月 1 日付で当事業所において介護職員として採用し、現在も当事業所の職員であることを証明します。

勤務形態： **常勤** ・ 非常勤（勤務時間 時間/月）

証明日は当該研修課程修了者が申請要件を満たした日以降

令和 8 年 7 月 1 日

所在地 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

代表者職・氏名 代表取締役 おぎくぼ なみすけ

所 宅 な
代 介 み
表 護 す
者 事 け
印 業 居

■添付書類

- 研修実施機関が当該研修課程修了者宛に発行した修了証明書（写し）
- 当該研修課程修了者が受講料を支払ったこと及びその支払額が分かる領収書等（写し）