

本人に代わり受講料を立替えた事業所等が申請する場合の記載例

※受講者本人が申請する場合と様式が異なりますのでご注意ください。

令和 8 年 7 月 2 日

申請日を記入し、申請を行う事業所等の住所、法人名、事業所名、代表者職・氏名を記載して押印してください。

住所 杉並区北荻窪 1-15-1
法人名 なみすけ総合ケアサービス
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

事業所
代表者
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 (事業所用)

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2項の規定により、当事業所に勤務する当該研修課程を修了した職員について関係書類を添え、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、当事業所の情報並びに当該研修課程修了者の個人情報を登録することに同意します。

当該研修課程修了者の氏名・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。

1 申請内容記入欄

研修修了者課程名	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	
勤務状況確認欄 <small>(管理者等が記入してください。)</small>	勤務期間	令和 8 年 4 月 1 日から継続勤務中	
	勤務形態	常勤・非常勤 (勤務時間 時間 / 月・週)	
修了した研修課程	修了した研修課程名 (☑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※			

※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

申請に当たって必要な添付資料をご準備ください。

なお、当該講習課程修了者が修了日以降、事業所に3か月以上勤務をしていることを確認できる書類とは、勤務証明書及び賃金台帳や出勤簿等の写しで確認します。

2 添付書類

- 研修実施機関が当該研修課程修了者宛に交付した研修修了証明書
- 事業所の管理者等が研修実施機関に支払った受講料の領収書等の写し (宛名・金額が分かるもの)
- 当該研修課程修了者が研修修了日以降、当事業所に3か月以上勤務していることが確認できる書類
- 立替払等研修課程受講料助成手続きに関する同意書 (第3号様式)