

年 月 日

杉並区長 宛

住 所  
氏 名 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

■申請内容記入欄

申請者	氏名	(フリガナ)	
	住所	〒	
	連絡先		
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 type="checkbox"/> 介護職員初任者研修		
	<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。

【事業所勤務証明欄】

上記の者は 年 月 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・週）

年 月 日

所在地  
事業所名  
代表者職・氏名 印

■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）