

第1号様式（第6条関係）

申請書の日付は助成要件を満たした日以降で
ご記入ください。

年 月 日

杉並区長 宛

請求書と同じ印鑑（シャチハタ不可）

住 所 杉並区阿佐谷南1-〇-■

氏 名 杉 並 花 子 杉並

杉並区障害福祉サービス事業所等介護職員
初任者・実務者研修課程受講料助成金交付申請書

杉並区障害福祉サービス事業所等介護職員初任者・実務者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	氏名	(フリガナ)スギナミ ハナコ 杉並花子
	住所	〒166-8570 杉並区阿佐谷南1-〇-■
	連絡先	090-xxxxx-△△△△
内容	受講料	100,000円
	修了日	令和〇年■月△日
勤務	勤務先所在地	杉並区阿佐谷北2-■-×
	勤務先名称	デイサービスセンター〇〇

添付資料

- ・研修課程の修了証明書（写し）
- ・研修課程の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）
- ・障害福祉サービス事業所等に3箇月以上継続して勤務していることの証明書（原本）