

様式第1号（第5条、別表第2関係）

申請日 年 月 日

（宛先）小金井市長

小金井市介護資格取得費補助金交付申請書兼請求書
（介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修）

小金井市介護資格取得費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
記

【申請者】

住所	〒		
氏名	Ⓜ	生年月日	
		電話番号	

小金井市介護資格取得費補助金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

指定養成研修事業者名	通信 ・ 通学		
研修期間	年 月 日	～	年 月 日
研修修了年月日	年 月 日		
受講料 (A)	円	勤務先からの補助額 (B)	円
補助対象経費【(A) - (B)】	円	他の補助制度利用の有無	有 ・ 無

就 労 状 況 等	事業所名			
	所在地			電話番号
	サービス種別	居宅サービス ・ 施設サービス ・ 地域密着サービス その他 ()		
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時 (パート) ・ その他 ()		
	採用年月日	年 月 日		

（口座振替依頼書）上記の補助金については、以下の口座への振り込みを依頼します。

金融機関		銀行		支店 本店 出張所	預金種別	
		信用金庫 信用組合 農協			口座番号	
口座名義 (カナ)						

就 労 証 明 書 （ 勤 務 先 証 明 欄 ）	上記の者は、	年 月 日	付けで当事業所に採用したことを証明する。
	加えて、研修終了後 ・ 復職後	3か月	で合計60時間以上就労し、現在、当事業所の介護職員であることを証明する。
		年 月 日	
	事業所名		
	代表者名	Ⓜ	