第１号様式（第６条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

多摩市長　殿

多摩市介護資格等取得費補助金交付申請書

【補助金の交付を受けようとする者】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒 |
| 氏　名 |  　　 　　　  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 (　　歳) |
| 電話番号 | 日中に連絡できる電話番号(携帯・自宅・その他) 　　　　 －　 　－ | メールアドレス | 　　 |

多摩市介護資格等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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修種別(該当する方に〇） |  | 介護職員初任者研修 |  | 介護福祉士実務者研修 |
| 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就労状況等 | 事業所名 | 　 | 電話番号 |
| 所在地 | 多摩市　 |  　 - - |
| サービスの種類（該当に○） |  居宅サービス（訪問介護等）・施設サービス（特養・老健等） 地域密着型サービス（通所介護・小規模多機能・グループホーム等） その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）  |
| 採用年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 雇用形態（該当に○） | 　常勤 ・ 非常勤 ・ 臨時（パート） 登録ヘルパーその他（　　　 　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申立事項等　 | 　私は、この助成を受けるに当たり、国、東京都、他の地方公共団体、公益団体、民間で実施されている他の類似の助成を受けていません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【その他の申立て事項等】 |

|  |  |
| --- | --- |
| （就労証明書）就労先証明欄 | 　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します。　また、研修終了後に、３か月以上継続して就労し（登録ヘルパーである場合は、３か月間に通算して４８時間を超えて就労し）、現在、当事業所の介護職員であることを証明します。 |
|
|
| 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  | 　 |
| 　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　市で就労状況が確認できない場合は、事業所に確認させていただく場合があります。　 |