

多摩市長 殿

多摩市障害福祉サービス事業所等従事者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	〒206-8666 多摩市関戸6-12-1		
氏 名	多摩 花子	生年月日	〇〇 年 〇月 〇日（〇〇歳）
電話番号	日中に連絡できる電話番号（携帯・自宅・その他） 090 - △△△△ - △△△△	メール アドレス	××××@city.tama.jp

多摩市障害福祉サービス事業所等従事者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。

該当する方に○

研修種別 (該当する方に○)	介護福祉士実務者研修	その他研修（名称：	）
指定養成研修 事業者名	〇〇研修株式会社（ 通信 ・ 通学 ）		
研修期間	令和〇年〇月〇日～令和△年△月△日	研修修了年月日	令和×年×月×日
受講料 A	70,000 円	勤務先からの補助額 B	0 円
【受講料－勤務先からの補助額】が上限 80,000 円を超えときは、80,000 円と記入してください。		補助対象経費【A-B】	70,000 円

就 労 状 況 等	事業所名	〇〇 ヘルパーステーション		電話番号
	所在地	多摩市 関戸6丁目12番地1		042-△△△-△△△△
	サービスの 種類（該当 に○）	訪問系障害福祉サービス事業（居宅介護等）・通所系障害福祉サービス事業（生活介護等） 居住系障害福祉サービス事業（共同生活援助等）・相談支援事業（特定相談支援等） 地域生活支援事業・障害児通所支援事業（放課後等デイサービス等）・障害児入所支援事業		
	採用年月日	令和〇年〇月〇日	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 多摩 花子

【その他の申立て事項等】

採用した日付をご記入ください。

就 労 先 証 明 欄 (就労証明書)	令和〇年〇月〇日付けで当事業所に採用したことを証明します。
	3ヶ月以上経過していることを確認してください。
	令和△ 年 △ 月 △ 日
	事業所名 〇〇 ヘルパーステーション 代表者名 多摩 太郎

※ 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。

就労証明欄は、本社等ではなく、勤務する多摩市内の障害福祉サービス事業所等の記入をお願いします。