第１号様式（第６条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

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 | 〒 | | |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修種別  (該当する方に〇） |  | 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 | （　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○） | 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 | 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、当事業所の従事者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。 | | | | |