

補助金交付申請対象者名簿

1	対象者氏名	勤務先介護事業所		修了した研修 (※いずれかに○)	
		事業所名		介護職員初任者研修課程 ・ 介護福祉士実務者研修	
		所在地		[養成研修事業者名: ]	
	勤務開始日	勤務時間週平均	サービス従事時間累計	研修修了日	受講料
	年 月 日	時間	時間	年 月 日	円
		(非常勤職員のみ記入)	(みたかふれあい支援員のみ記入)		
2	対象者氏名	勤務先介護事業所		修了した研修 (※いずれかに○)	
		事業所名		介護職員初任者研修課程 ・ 介護福祉士実務者研修	
		所在地		[養成研修事業者名: ]	
	勤務開始日	勤務時間週平均	サービス従事時間累計	研修修了日	受講料
	年 月 日	時間	時間	年 月 日	円
		(非常勤職員のみ記入)	(みたかふれあい支援員のみ記入)		
3	対象者氏名	勤務先介護事業所		修了した研修 (※いずれかに○)	
		事業所名		介護職員初任者研修課程 ・ 介護福祉士実務者研修	
		所在地		[養成研修事業者名: ]	
	勤務開始日	勤務時間週平均	サービス従事時間累計	研修修了日	受講料
	年 月 日	時間	時間	年 月 日	円
		(非常勤職員のみ記入)	(みたかふれあい支援員のみ記入)		

補助金合計額	円
--------	---

※ 一人当たりの補助金額は、初任者研修は上限7万円、実務者研修は上限10万円です。受講料と比較して、どちらか少ない額の合計額をご記入ください。

勤務証明書

年 月 日

対象者が上記の介護事業所に勤務するものであり、三鷹市介護職員初任者研修課程等研修費補助金交付要綱第3条に規定する継続勤務期間等の要件を満たしていることを証明します。

事業者 (法人) 名

代表者名