

別記様式第1号の2（第7条関係）

文京区認知症介護基礎研修費用補助金交付申請書兼請求書（個表）

1 対象となる介護職員

| | | | | |
|---|--------------|-------------------|--|--|
| 1 | 氏名（フリガナ） | （ ） | | |
| | 当該事業所での採用年月日 | 年 月 日 | | |
| | 雇用形態（勤務時間数） | 常勤・非常勤・派遣（週 時間勤務） | | |
| | 研修修了日 | 年 月 日 | | |
| 2 | 氏名（フリガナ） | （ ） | | |
| | 当該事業所での採用年月日 | 年 月 日 | | |
| | 雇用形態 | 常勤・非常勤・派遣（週 時間勤務） | | |
| | 研修終了日 | 年 月 日 | | |
| 3 | 氏名（フリガナ） | （ ） | | |
| | 当該事業所での採用年月日 | 年 月 日 | | |
| | 雇用形態 | 常勤・非常勤・派遣（週 時間勤務） | | |
| | 研修修了日 | 年 月 日 | | |

2 確認事項（以下の質問について、該当するものに○を付けてください。）

| | | |
|---|---|----------------|
| 1 | 対象となる介護職員は、別記様式第1号で記載した事業所において、研修修了後6か月以上介護職員として継続勤務しております、申請日現在もその勤務を継続していますか。 | 勤務している・勤務していない |
| 2 | 対象となる介護職員は、医療・福祉関係の資格を有していますか。 | 有していない・有している |
| 3 | 研修受講料は、対象となる介護職員を雇用する事業者が支払っていますか。 | 支払っている・支払っていない |
| 4 | 国・都・その他公的機関等から本申請に係る受講料について助成を受けていますか。 | 受けていない・受けている |

3 添付書類

- (1) 受講料の領収書その他支払を証明できる書類（写）

※ 受講者が受講料を支払った後、法人が当該者に対し助成をした場合は、助成したことが分かる証明書類（受領証や給与明細等）の写しを併せて添付すること。

- (2) 認知症介護基礎研修を修了した旨の証明書（写）