

港区障害福祉サービス等事業者従業員養成研修
受講料助成金交付申請書

令和7年●月●日

（宛先）港区長

以下のとおり申請します。

申請者	住所 (事業者の所在地)	〒111-0051 港区芝公園 1-5-25	
	ふりがな	かぶしきがいしやみなど だいひょうとりし まりやく みなとたろう	
	氏名 (事業者の名称及び代表者の職氏名)	株式会社 みなと	代表取締役 港 太郎

研修受講料の支払を証明する領収書の宛名と同一（支払者が事業者の場合は、申請者も事業者）

・2か所押印
・申請者が事業者の場合は代表者印（丸印）
・スタンプ印不可



受講修了研修	受講者名	港 花子		
	研修名 (該当するものに○)		実務者研修	
			居宅介護職員初任者研修	
			重度訪問介護従業者養成研修	
		○	同行援護従業者養成研修	
			行動援護従業者養成研修	
			強度行動障害従業者養成研修	
			知的障害者移動支援従業者養成研修	
		全身性障害者外出介護従業者養成研修		
	研修機関名	株式会社 ▲▲▲▲		
	研修期間	令和7年7月1日から令和7年7月5日まで		
	研修費用	28,500円		
	助成金申請額	28,000円		

※助成金申請額は、要綱別表のとおり（100円未満切り捨て）です。

勤務先	事業所の名称	○○ヘルパーステーション	
	事業所の所在地	〒105-8511 港区芝公園 1-5-25	
		電話 ●●●●-●●●●	FAX ●●●●-●●●●
	勤務開始日	令和●年●月●日	

添付書類

- 1 研修実施事業者が発行した受講修了証明書の写し
- 2 研修受講料の支払を証明する領収書原本
- 3 就業先の事業所が発行する「港区障害福祉サービス等事業者従業員養成研修受講料助成事業就業証明書」（第2号様式）