

第1号様式（第5条関係）

記入例

ボールペン等消えないもので記入してください

港区障害者（児）喀痰吸引等研修受講料助成金交付申請書

令和●年●月●日

（宛先）港区長

以下のとおり申請します。

申請者	住所 <small>（事業者の場合は事業者の所在地）</small>	〒111-0051 東京都港区芝公園1-5-25		研修受講料の支払いを行う方が申請者です。 （支払いが事業者の場合は事業者が申請者）	
	ふりがな	かぶしきがいしゃみなと だいひょうとり しまりやく みなとたろう	電話番号		捨印
	氏名 <small>（事業者の場合は事業者の名称及び代表者の肩書並びに氏名）</small>	株式会社みなと 代表取締役 港 太郎			

・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

受講予定研修	受講者名	港 花子
	研修機関名	株式会社 △△△
	研修期間	令和●年○月□日から令和●年○月△日まで
	研修費用	23,000 円
	助成金申請額	22,000 円

※助成金申請額は、基本研修に係る費用（必須のテキスト代、実習費及び消費税を含む）の全額（上限22,000円）です。

勤務（予定）先	法人名称	株式会社 みなと	
	事業所の名称	〇〇ヘルパーステーション	
	事業所の所在地	〒111-0051 東京都港区芝公園1-5-25	
		電話 ●●●●-▲▲▲▲	FAX ●●●●-□□□□
	勤務開始日	令和●年○月□日	
の喀痰吸引等利用者等	氏名	港 一郎	
	住所	港区 三田1-4-10	

添付書類

- 勤務先を証明する雇用契約書又は就業先の事業所が発行する港区障害者等喀痰吸引等研修受講料助成事業就業証明書（第2号様式）
- 受講料の分かる研修のチラシ等