

令和2年 6月20日

(申請先)
公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 理事長

横浜市訪問介護等資格取得支援事業 受講料助成金交付申請書

横浜市訪問介護等資格取得支援事業受講料助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、本事業の他に、受講料助成に関する申請は行っていないことを申し添えます。

申請者	ふりがな	よこはま わたる	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	横浜 航	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 ・ 平成 55 年 6 月 2 日
	ふりがな	よこはまし なかく やましたちよう ごじゅうばんち やましたはいむ いちまるいちごうしつ		
	住所	〒 231-0023 横浜市 中 区 山下町50番地 山下ハイム101号室		
電話番号 (※1)	090-1234-567X (※1)平日の日中に連絡のつく番号を記載してください。			
横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、申請者欄に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。 (右の同意欄に○印を記入してください。)			同意欄	<input checked="" type="radio"/> 横浜
養成機関名	かなふく研修センター	受講修了研修名(該当する研修に○印を記入してください。)	<input type="radio"/>	介護職員初任者研修 生活援助従事者研修
助成金申請額 (※2)	70,000 円 (※2)受講料支払額を記載(上限額:介護職員初任者研修7万円、生活援助従事者研修3万円)			
添付書類	1 横浜市訪問介護等資格取得支援事業受講料支払証明書(第2号様式) 2 横浜市訪問介護等資格取得支援事業就業証明書(第3号様式) 3 就業時間管理表(第3号様式<別紙>) 4 受講修了証明書の写し 5 住民票			

<ご注意いただきたい事項>

- 1 申請書は、ボールペンなど消えないもので記入し、申請月日は、送付する日付をご記入ください。
- 2 訂正する場合は、修正液、修正ペンは使わず、二重線を引き、訂正印を押してください。
- 3 印鑑は認印に朱肉を付けて鮮明に押してください。
- 4 記入漏れ、添付漏れや郵便料金の不足がないよう確認してください。

※ 本申請書及び添付書類に記載された事項は、今後の横浜市における福祉・介護の事業実施のための参考として使用させていただきます。予めご了承ください。

交付決定管理番号:

令和2年6月20日

(提出先)

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 理事長

(登録養成機関)

所在地 かなふく研修センター

法人名 社会福祉法人 かなふく

代表者名 理事長 神長和 福子

法人

印

横浜市訪問介護等資格取得支援事業受講料支払証明書

次のとおり受講料を支払ったことを証明します。

受講者	氏名	横浜 航
	住所	横浜市中区山下町50番地山下ハイム101号室
受講修了研修名	介護職員初任者研修	
申込受付日	令和2年 3月 1日	
受講期間	令和2年 3月 10日 から 令和2年 5月10日	
受講料支払額	79,800 円	

※修了評価試験において基準以下だった場合の補講料及び再試験料は含まないでください。

事務担当者: 福祉教育課 神長和 花子

連絡先電話番号 045-227-7044

令和2年 6月20日

(提出先)

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 理事長

(就業先)

所在地 横浜市中区山下町23番地

法人名 (社福)かなふく

代表者名 理事長 神長和 福子

法人
印

横浜市訪問介護等資格取得支援事業就業証明書

次のとおり介護職員として勤務したことを証明します。

被 雇 用 者	氏名	横浜 航		
	住所	横浜市中区山下町50番地山下ハイム101号室		
就 業 先 事 業 所	事業所 番号	1412345678		
	事業所 名称	かなふく みんなのヘルパーステーション		
	サービ ス 種 別	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 第1号訪問介護事業	
		<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護		
	所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル20階		
雇 用 形 態 (注1)	<input type="checkbox"/> 正規職員			
	<input checked="" type="checkbox"/> 非正規職員(パートタイマー・アルバイト等)	【勤務日数等】 週 日		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	職種 (注2)	○	訪問介護、第1号訪問介護事業の訪問介護員 (介護予防)小規模、看護小規模多機能型居宅介護の訪問介護員	
		定期巡回・随時対応型訪問介護の訪問介護員		
		夜間対応型訪問介護の訪問介護員		
就業期間	介護職員として 令和 2 年 5 月 15 日 から現在まで継続して就業しています。			
就業日数	「第3号様式(別紙) 就業日数管理表」のとおり		10 日	

注1: 雇用形態について該当する形態にチェックしていただき、非正規職員の場合は、勤務日数等をご記入下さい。

注2: サービス種別ごとに当てはまる職種を選択してください。なお、生活援助従事者研修については、修了後に就業できる職種は「訪問介護、第1号訪問介護事業の訪問介護員」のみとなります。

事務担当者: 港 洋子

連絡先電話番号: 045-227-0011

見本

助成対象者 氏名:

横浜 航

(単位:日)

就業月	身体介護	生活支援	通院等 乗降介助	介護予防	サービスA	定期巡回	夜間対応	(看護)小規 模の訪問	自費 サービス	合計日数
令和2年5月	3	0.5	0.5	1						5
令和2年6月	3			2						5
										0
										0
										0
										0
										0
	6	0.5	0.5	3	0	0	0	0	0	10

(記入方法)

○20分でも従事すれば1日とカウントして記入してください。

○1日に何件訪問しても1日のカウントとなります。

○1日に従事したサービスが身体介護と生活支援の両方の場合には、
身体介護0.5日、生活支援0.5日など、合計で1.0日となるよう記入してください。



令和2年 6月20日

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 理事長

(請求者)

住所 横浜市中区山下町50番地
山下ハイム101

氏名 横浜 航



横浜市訪問介護等資格取得支援事業
受講料助成金交付請求書

横浜市訪問介護等資格取得支援事業受講料助成金を次のとおり請求します。

請求金額	70,000	円
------	--------	---

<振込口座>

銀行・支店名	横浜	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	(支店番号: 015)						
預金種別	普通	当座	口座番号	1	9	8	6	0	1	5
ふりがな	よこはま わたる									
口座名義人	横浜 航									

* 請求者は申請者とし、申請者本人の口座に限ります。