

記入例(雇用している法人または就労
している事業所で発行してください)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

法人名 社会福祉法人〇〇
 法人所在地 柏市××□-△-〇
 事業所名 〇〇デイサービスセンター
 代表者職・氏名 理事長 〇〇 ×× 印

(法人代表者 ・ 事業所代表者)

※該当する□に✓をつけてください

柏市介護職員初任者研修等受講料等助成金の交付の申請にあたり、
次の者が介護職員として就労していることを証明します。

被 雇 用 者	氏名	柏 花 子
	住所	柏市××〇-△-□
	雇用開始日	平成〇〇年 × 月 △ 日から現在も就労中
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
雇 用 者	法人名	社会福祉法人〇〇
	所在地	柏市××□-△-〇
	代表者職・氏名	理事長 〇〇 ××
	電話番号	〇4-71〇〇-△△××
就 労 先	事業所名	〇〇デイサービスセンター
	所在地	柏市××□-□-□
	事業所番号	12722×××××
	代表者職・氏名	管理者 △△ □□
	電話番号	〇4-71〇〇-△△△△

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する研修の受講料及び教材費の助成について、以下の
とおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定がある
 ※助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

(該当する□に✓をつけてください)