

記入例

様式第2号（第6条関係）

日付は、申請日の1か月以内

佐倉市介護職員初任者研修等受講費用助成金就労証明書

令和8年 7月 10日

佐倉市内の介護サービス事業所・施設を運営する法人に直接、雇用されていること

所在地 佐倉市海隣寺町3丁目〇〇
名称 社会福祉法人佐倉
代表者氏名 理事長 佐倉 太郎

印

佐倉市介護職員初任者研修等費用助成金の交付申請に当たり、下記の者について、現在、当事業所で雇用していることを証明します。

就労者	住 所	佐倉市海隣寺町 9797
	氏 名	佐倉 さくら子
就労事業所	所在地	佐倉市海隣寺町1丁目〇〇
	名 称	特別養護老人ホーム佐倉ホーム
	事業所番号	1234567〇〇〇
		043(484)〇〇〇〇
就労開始日		令和7 年 10 月 1 日
就労形態		(常 勤) ・ 非常勤 ・ その他
助成制度の有無		有 : 無

佐倉市内の介護サービス事業所・施設

申請日において3か月以上の就労期間

(注) 助成制度「有」の場合は、助成金額など補助内容が分かる書類(申請書等)を添付してください。