

【法人による申請の場合】

1. 申請書と必要な添付書類を提出する。

- ・受講料助成金交付申請書(様式第2号)
- ・在職証明書(様式第3号) もしくは、採用予定証明書(様式第4号)
- ・研修を修了したことを証する書類 (修了証明書)の写し
- ・受講費・教材費の領収書の原本
- ・受講費・教材費、受講内容が確認できるもの(パンフレット等)
- ・法人が、研修の受講料を3/4以上負担したことが確認できる書類
 - ※ 領収書の宛名が法人名である場合は、領収書が法人負担である証明となるため、別途3/4以上負担したことを証明する書類は結構です。

2. 交付決定通知書が申請者のもとに届く。

3. 交付請求書を提出する。

- ・受講料助成金交付申請書(様式第7号)

4. 消費税及び地方消費税に係る仕入税額控除報告書を提出する。

- ・消費税及び地方消費税に係る仕入税額控除報告書(様式第8号)
 - ※ 受講料の支払日を含む期間の確定申告が済んでから、添付書類と一緒にご提出ください。

年 月 日

尼崎市長 様

助成金の申請をされる
法人の

- ①法人名
- ②役職と代表者名
- ③法人の所在地
- ④法人の電話番号

を記入

申請者 ① (法人名) 株式会社 アマガサキ
 ② (代表者名) 代表取締役 尼崎 太郎
 ③ (住所) 尼崎市東七松町1-23-1
 ④ (電話番号) 06 - 6489 - 6356

受講料助成金交付申請書【法人】

修了証明書に
記載されている
修了日を記入

受講された研修に
チェックを入れる

職員初任者研修等受講料助成金交付要綱（以下「助成金交付要綱」という。）第6
 条に基づき、下記により助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

研修名	<input checked="" type="checkbox"/> 助成金交付要綱第2条第1号に規定する介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 助成金交付要綱第2条第2号に規定する介護福祉士研修				
研修日	令和6年5月18日				
研修費	(税込) ⑤ 87,780円 (内、消費税額) ⑥ 7,980円				
研修料額	4	3	0	0	0円
	※負担受講料の3分の2（千円未満切り捨て） 上限6万円 ※仕入税額控除がある場合は、税抜金額を申請(注1)				
住所	尼崎市東七松町1-23-1				
氏名	尼崎 花子				
生年月日	平成4年8月23日				
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 研修を修了したことを証する書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 研修実施事業者が発行した受講料（教材費を含む。）の領収書の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 研修の受講料（教材費を含む。）・受講内容がわかるもの（パンフレット等） <input checked="" type="checkbox"/> 研修の受講料（教材費を含む。）を3/4以上負担したことが確認できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 在職証明書（様式第3号）もしくは採用予定証明書（様式第4号）				

【法人が非課税、あるいは簡易課税の場合】

税込の受講料の3分の2
（千円未満は切り捨て）を
記入

【法人が課税の場合】

税抜の受講料の3分の2
（千円未満は切り捨て）を
記入

⑤税込の受講料と、
⑥消費税額を記入

受講者の住所・
氏名・生年月日
を記入

添付資料が揃っている
か確認してチェック
を入れる

しない仕組みと

非課税、あるいは簡易課税等、仕入税額控除の対象とならない法人の場合は、税込みの受講料
 に対する助成金を請求するために、

非課税又は簡易課税であることが分かる書類 の添付が必要となります。

添付書類例：【非課税の場合】

納税証明書（その1納税額等証明用）の税目が消費税及地方消費税で、
 申告額が「無」のもの

【簡易課税の場合】

確定申告書の「課税期間分の消費税及び地方消費税の確定申告書」第一表

令和6年10月15日

尼崎市長 様

在職証明書

修了証明書に記載されている
修了日以降の日付であること。

下記の者については、令和6年10月15日現在当法人に在職していることを証明
します。

研修受講者の

- ①住所
②氏名、ふりがな
③生年月日
④勤務している尼崎市内の事業所名

を記入。

① 住所 尼崎市東七松町1-23-1

② 氏名 尼崎 花子

③ 生年月日 平成8年5月23日

④ 勤務先（事業所名）ヘルパーステーション あまがさき

- ・勤務事業所のサービス種類
・受講者の雇用形態
を記入。

サービス種類	訪問介護
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他（ ） 勤務日数（週 5 日間） 1日の勤務時間（ 5 時間）

勤務している事業所の法人について

- ⑤法人の所在地
⑥法人名
⑦役職と代表者名と代表者印
⑧法人の電話番号

を記入。

⑤（住所）大阪府豊中市〇〇町2-3-1

⑥（法人名）株式会社 あまがさき

⑦（代表者名）代表取締役 尼賀 咲 印

⑧（電話番号）06 - 6867 - 6867

令和6年10月15日

尼崎市長 様

採用予定証明書

修了証明書に記載されている
修了日以降の日付であること。

下記の者については、令和6年10月15日付で当法人に採用予定であることを証明します。

研修受講者の

- ①住所
②氏名、ふりがな
③生年月日
④勤務している尼崎市内の事業所名

を記入。

① 住所 尼崎市東七松町1-23-1

② 氏名 尼崎 花子

③ 生年月日 平成8年5月23日

④ 勤務先（事業所名）ヘルパーステーション あまがさき

- ・勤務事業所のサービス種類
・受講者の雇用形態
を記入。

サービス種類	訪問介護
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他（ ） 勤務日数（週 5 日間） 1日の勤務時間（ 5 時間）

勤務している事業所の法人について

- ⑤法人の所在地
⑥法人名
⑦役職と代表者名と代表者印
⑧法人の電話番号

を記入。

⑤ (住所) 大阪府豊中市〇〇町2-3-1

⑥ (法人名) 株式会社 あまがさき

⑦ (代表者名) 代表取締役 尼賀 咲 印

⑧ (電話番号) 06 - 6867 - 6867

(記入例)

様式第7号(第8条関係)

年 月 日

尼崎市長 様

住所
法人名
役職と代表者名
電話番号

をご記入いただき、
押印をお願いいたします。

請求者 ①住所 尼崎市東七松町1-23-1
②ふりがな ~~氏名~~ 印
③(法人名) 株式会社 アマガサキ
④(代表者名) 代表取締役 尼崎 太郎 印
⑤(電話番号) 06 - 6489 - 6356

受講料助成金交付請求書

尼崎市介護職員初任者研修等受講料助成金交付要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり助成金を請求します。

記

⑥ 1 助成金請求額

60,000 円

決定通知書に書かれている
「交付額」の金額をご記入ください。

⑦ 2 振込先口座

ゆうちょ銀行か、それ以外の金融機関で、振込
をご希望される口座のご記入をお願いします。

【ゆうちょ銀行以外の金融機関】

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通				<input type="checkbox"/> 当座							
0	0	7	8	0	9	1	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
金融機関コード		店舗コード		フリガナ		カブシキガイシャアマガサキ ダイヒョウトリシマリヤク アマガサキ タロウ								
0 0 7 8		0 9 1		口座名義		株式会社 アマガサキ 代表取締役 尼崎 太郎								

【ゆうちょ銀行】

記号	番号			フリガナ	
				口座名義	

