（参考様式）

＜個人が法人から領収書等記載の経費の支払いを受けたことを認める書類＞

～記載例～
（参考様式）

別記様式第2号①と同日を記入

令和　　年　　月　　日

東京都知事　殿

※事業所が複数箇所ある場合は、事業所ごとにこの用紙を作成してください。

法人名　**社会福祉法人キャリアパス**

代表者名　**理事長　福祉　一郎**　㊞

印鑑証明書と同じ印

支　払　証　明　書

事業所名：**西新宿キャリア介護事業所（老健）**

下表のとおり支払ったことを証明します。

対象者名	経費内容	金　額	受　領　日
人材　花子 ㊞	**レベル認定者申請手数料** 代	**9,480** 円	●年 ● 月 ● 日
新宿　太郎 ㊞	**介護技術講習会受講料** 代	**25,000** 円	●年 ● 月 ● 日
	代	円	年　月　日
	代	円	年　月　日
	代	円	年　月　日
㊞	代	円	年　月　日
㊞	代	円	年　月　日
㊞	代	円	年　月　日
			月　日
			月　日
			月　日
			月　日
			月　日
㊞	代	円	年　月　日
㊞	代	円	年　月　日

項目ごとに分けて記入してください。

受領日を記入してください。
（令和2年4月1日から令和3年3月31日まで）
＊令和2年度内に限ります。

立て替えた職員の受け取り印を押印してください。（サイン不可）

法人（事業所）が職員が立て替えた経費を当該職員に支払った証明書として、**「支払証明書」**を提出してください。

・本補助金は、法人（事業所）が支払った経費のみが補助の対象です。
職員が立て替えて支払った場合（領収書等の宛名が個人名の場合等）、当該職員に対して法人（事業所）が立て替え分を支払ったことの証明書を提出することで補助対象になります。

※本用紙に記入しきれない場合は、コピーをして続きをご記入下さい。