

様式第1号（第5条関係）

埼玉県介護職員資格取得支援事業（初任者研修受講料）補助金
交付申請書兼実績報告書（支援対象者用）

令和6年 7月 5日

（宛先）

埼玉県知事

住 所 埼玉県■市■町■-■-■

氏 名 ■■ ■■

下記により埼玉県介護職員資格取得支援事業（初任者研修受講料）補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請し、第13条の規定により、報告します。

記

1 交付申請額 金 20,000 円

別紙1-1事業計画書兼報告書
で計算した⑬欄の額を記入
上限30,000円

2 計画及び報告 別紙1-1（事業計画書兼報告書）のとおり

振込先

口座名義	■■ ■■
カナ名義	■■■ ■■■
金融機関名 及び支店名	銀行 支店 信用金庫 出張所 農 協 支 所
口座種目（○印）	普通・当座
口座番号	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

通帳の見開きページに記載
のカナ名義をそのまま記入

添付書類 ①研修修了証明書の写し

②研修機関が発行した受講料領収書の写し

③勤務先が発行した勤務証明書（別紙1-2）

④振込口座の通帳の見開きページ（カナ名義と口座番号の記載があるもの）又はキャッシュカードの写し

別紙1-1 (様式第1号関係)

埼玉県介護職員資格取得支援事業(初任者研修受講料)補助金 事業計画書兼報告書
(支援対象者用)

1 申請者

①氏名	フリガナ ■■■ ■■■	②生年 月日	平成 ■年
	■■ ■■		■月 ■日生
③住所	(〒■■■■-■■■■) 埼玉県■■市■■町■■-■■-■■		
④電話番号	■■■-■■■-■■■■■		
⑤別事業による補助金等の交付の有無	介護職員資格取得支援事業(初任者研修受講料)補助金と同趣旨の補助金等の交付について		
	<input checked="" type="radio"/> ア 無 イ 予定有 ウ 有 (いずれかに○)		
※イ又はウに○を付けた場合は、対象外。			

書類不備で連絡する場合がありますので、
電話番号は必ず記入してください。

2 受講した介護職員初任者研修

⑥受講機関	機関名	■■■■■■■
	所在地	埼玉県■■市■■町■■-■■-■■
	電話番号	■■■-■■■-■■■■■
⑦研修期間	令和6年 4月 5日 から 令和6年 5月 22日 まで	
⑧受講料	90,000 円	
⑨補助上限額	30,000 円 (⑧の2分の1と3万円を比較し、少ない方の額を記載してください。)	
⑩⑤以外の補填等の有無	⑤以外の補填等について	
	<input type="radio"/> ア 無 <input type="radio"/> イ 予定有 <input checked="" type="radio"/> ウ (有) (いずれかに○)	
	※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な支給者及び金額を記載	
	支給者	勤務先 金額 70,000円
⑪⑨と⑩の計	100,000 円	
⑫超過額	10,000 円(⑪が⑧を上回る場合、⑪から⑧を減じた額)	
⑬申請額 (上限3万円)	20,000 円 (⑨から⑫の額を減じた額を記載してください。)	

修了証に記載してある日付

3 就職先介護施設等

⑭就職先の介護施設等	法人名	社会福祉法人 ■■■■■■
	施設名	特別養護老人ホーム ■■■■■■
	施設の種類	介護老人福祉施設
	所在地	埼玉県■■市■■町■■-■■-■■
	電話番号	■■■-■■■-■■■■■

要綱別表の一覧(介護保険適用施設)の中から記入

(1) 研修受講開始後に就職した方

⑮就職日から起算して1か月を経過する日	年 月 日 (就職年月日に1か月を加えた日の前日を記載してください。) (研修中に就職した場合は、研修修了日に1か月を加えた日の前日を記載)
---------------------	--

(2) 研修開始時既に勤務していた方

⑯修了日から起算して1か月を経過する日	令和6年 6月 21日 (研修修了年月日に1か月を加えた日の前日を記載してください。) (研修修了年月日は、修了証に記載されている日付です。)
---------------------	---

勤務証明書

申請者 氏 名

生年月日 平成 ■年 ■月■■日

上記の者は、次のとおりであることを証明する。(該当する項目の()に○印)

- () 介護職員初任者研修の受講期間中に当施設に就職し、研修修了後1か月以上継続して勤務している(した)。
- () 介護職員初任者研修を修了した日から1か月を経過する日との間に当施設に就職し、1か月以上継続して勤務している(した)。
- (○) 介護職員初任者研修を受講する前に当施設に就職し、研修修了後1か月以上継続して勤務している(した)。

就職年月日	令和4年 9月 1日
修了年月日	令和6年 5月 22日
在職の有無	現在、在職して <input checked="" type="radio"/> いる ・ <input type="radio"/> いない <small>(注意) 「いる」又は「いない」のいずれかに○を付けてください。 「いない」に○を付けた場合は、退職年月日を記載してください。</small> 退職年月日 年 月 日 <small>※既に退職している場合にのみ記載</small>
仕事の内容	介護職員
当該職員の 労働時間	1日当たりの所定労働時間 8 時間
	1週間当たりの所定労働時間 20 時間

令和6年 7月 1日

勤務先 法 人 名 社会福祉法人 ■■■■■■
住 所 埼玉県■市■町■-■-■
施 設 名 特別養護老人ホーム ■■■■
代表者役職名・氏名 理事長 ■■■■
担 当 者 氏 名 ■■■■
電 話 番 号 ■■■-■■■■-■■■■

施設の管理者でなく、法人の代表者の証明をお願いします