

年 月 日

介護・障害福祉分野資格取得支援助成金交付申請書兼請求書（個人）

明石市長 様

〒

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____ — —
就業事業所 _____

以下のとおり助成金の交付を受けたく、明石市介護・障害福祉分野資格取得支援助成金交付要綱第5条の規定に基づき、提出書類を添えて申請するとともに、同要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり助成金を請求します。また、同要綱第3条2号の規定に基づき、国、他の地方公共団体等から助成金と類似の助成を受けていないこと、又は受ける予定はないことを誓います。

記

1 助成事業種目 介護・障害福祉分野資格取得支援

2 受講研修又は受験試験 _____

※次頁の「対象研修一覧」及び「対象試験一覧」を参考にしてください。

※まとめた申請はできません。研修・試験毎に申請してください。

3 交付申請額 ①受講料・受験料 _____ 円
②事業所からの助成 _____ 円
③交付申請額 _____ 円

③ = { (① - ②) ÷ 2 } ※千円未満切捨て※上限60,000円

※介護職員初任者研修は全額補助とする。上限100,000円

4 振込先口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
		1. 普通預金							
		2. 当座預金							
		3. その他							
金融機関コード	店舗コード								
フリガナ									
口座名義人									

※振込先にゆうちょ銀行を指定する場合には、口座番号の下1桁「1」を除いて記入してください。

- 5 提出書類 ①研修受講料を支払ったことを証する書類又は受験票の写し
②明石市の介護・障害福祉サービス事業所に在職又は内定
していることがわかる書類の写し
・在職証明書の場合、申請日から3か月以内に発行されたもの。
・雇用契約書の場合、申請日を雇用期間内に含むもの。

*雇用契約書の雇用期間が「期間を定めず」などの記載で、申請日現在、在職していることが証明できない場合は「在職証明書」の提出をお願いします。

- ③研修を修了したことがわかる書類の写し又は
試験結果通知書の写し

※虚偽などにより不正受給が発覚した場合は、助成金の還付を求めるとともに厳正な対処を行います。

参考

対象研修一覧

- ア 介護職員初任者研修
- イ 介護福祉士実務者研修
- ウ 生活援助従事者研修
- エ 喀痰吸引等研修(1号、2号、3号)
- オ 認知症介護基礎研修
- カ 認知症介護実践者研修
- キ 認知症介護実践リーダー研修
- ク 認知症対応型サービス事業開設者研修
- ケ 認知症対応型サービス事業管理者研修
- コ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- サ 介護支援専門員実務研修
- シ 主任介護支援専門員研修
- ス 強度行動障害支援者養成研修(基礎・応用)
- セ 医療的ケア児等支援者養成研修
- ソ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修
- タ 居宅介護職員初任者研修
- チ 重度訪問介護従事者養成研修
- ツ 同行援護従業者養成研修(一般・応用)
- テ 行動援護従業者養成研修
- ト 全身性障害者移動支援従業者養成研修
- ナ 介護支援専門員再研修

対象試験一覧

- ニ 介護福祉士国家試験
- ヌ 社会福祉士国家試験
- ネ 精神保健福祉士国家試験
- ノ 公認心理師国家試験