

令和〇年〇月〇日

山都町長様

(申請者)

住所 上益城郡山都町●●■番地
事業者(法人)名 社会福祉法人□□□会
代表者役職・氏名 理事長 ●● ●●

“介護事業者用”様式は法人が「全額」費用を補填した場合に使用すること

“申請書”は押印不要

介護職員等研修受講支援事業補助金交付申請書
(介護事業者用)

介護職員等研修受講支援事業補助金の交付を受けたいので、介護現場の生産性向上支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 交付申請額 金 ●●●●●円

2 添付書類

(1) 就業証明書

(生活支援サポートセンター協力員等が申請する場合、申請時点から遡って3年の間に訪問型サービスに従事した累計時間がわかるもの)

(2) 研修を受けた者が、町税等に滞納がない旨を証明する書類

(3) 研修実施者が発行する受講料等の領収書の写し又は受領を証明する書類

(4) 研修実施者が発行する修了証明書の写し

(5) 手数料、当該研修において使用される教材費の領収書の写し

(6) 事業者(法人)が実務者研修の受講料相当額を補填したことが確認できる書類

(事業者(法人)が実務者研修の受講料を負担した支援対象職員に受講料相当額を補填した場合、支援対象職員の受領書の写し等)

【対象者】

介護職員として既に町内介護事業所に勤務している...申請の時点でその事業所に3ヵ月以上勤務していることが研修を受講した場合

介護職員として働いていない方が研修を受講した場合...研修を修了した日から半年以内に介護職員として勤務し申請の時点でその事業所に3ヵ月以上勤務していること

(いずれも、対象者が非常勤職員の場合は、申請日から遡って3ヵ月間の平均が20時間以上でなければならない)

【提出期限】 研修を修了した日の翌年度の3月末まで

1 申請者（介護事業者）

法人名称	社会福祉法人□□□会
代表者役職・氏名	理事長 ●● ●●
事業所名	●●○○■ ■
管理者	▲▲ ■■

2 対象者（研修受講者）

氏名	山都 太郎	生年月日	昭和○年■月▲日
住所	上益城郡山都町●●■■番地		
受講研修名	介護職員実務者研修		
実施機関名	▲▲▲●●		
研修期間	令和●年●月●日 ～ 令和●年●月●日		

3 申請額

①研修受講料	70,000円
②当該研修において使用される教材費・手数料	25,000円
③【①+②】 計	95,000円
④【③】の1/2の額	47,500円
⑤申請額 (④と5万円のどちらか低い方)	47,500円
⑥別事業による補助金等の有無	有・ 無
	有の場合 名称 () 円