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（実務者研修受講料）計画書（個人用）

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ②生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ③住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ④電話番号 |  |

２　介護福祉士国家試験受験番号（処遇改善の要件となっている場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| ⑤受験番号 |  |

３　受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑥受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑦受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑧受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑨受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑩事業主による受講料の一部補填の有無 | 介護施設等を運営する法人（事業主）から受講料の一部補填を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。）※「資格手当の支給」等は含みませんが、受講料の一部を補填する性質のものであれば、「助成金」等、名称の如何を問いません。 |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、補填の具体的な内容及び金額を記載 |
| 内容 | 金額　　　　　　　　　円 |
| ⑪申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| （⑨受講料の1/2の額と10万円を比較し、少ない方の額を記載してください。　ただし、その額と⑩の額の合計が⑧の額を超えている場合は、超過額を差し引　　　いた額を記載してください。※⑧受講料－⑩補填額が⑪申請額の上限です。） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１／２

４　勤務先介護施設等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫勤務先の介護施設等 | 法　人　名 |  |
| 施　設　名 |  |
| 施設の種類 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬仕事の内容 |  |
| ⑭申請者の労働時間 | １週間当たり　　ア　３０時間以上　　　イ　３０時間未満（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |

５　介護職員資格取得支援事業（研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付

 の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ⑮別事業による補助金等の交付の有無 | 介護職員資格支援事業（実務者研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付を |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載 |
| 名称 | 金額　　　　　　　　　円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２／２