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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（支援対象法人等用）

１　申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①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 |  |
| 担当者名 |  |
| ②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 | |
| 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。 | |

２　支援対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ③氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ④生年  月日 | 年  　　　　　月　　日生 |
|  |
| ⑤就職年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| ⑥仕事の内容 |  | | |
| ⑦申請者の  労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 | | |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　時間 | | |

３　受講した介護職員初任者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑧受講機関 | 機 関 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑨研修期間 | 年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで | |
| ⑩修了日から起算して1か月を経過する日 | 年　　　月　　　日  （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。）  （研修終了後に就職した場合は、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。） | |
| ⑪受 講 料 | 円 | |
| ⑫補助上限額 | 円  （⑪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。） | |
| ⑬申 請 額  (上限３万円) | 円 | |