

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  
（支援対象法人等用）

令和4年6月3日

（宛先）

埼玉県知事

法人等所在地 埼玉県■市■町■—■—■

法人等名 社会福祉法人 ■■■■■■■■

代表者

役職・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ます。

記

1 交付申請額 金 30,000 円

受講料の**税抜き金額**の1/2  
上限30,000円

2 事業計画 別紙のとおり

3 添付書類

- （1）支援対象者が介護職員初任者研修を修了したことを証明する書類の写し（研修実施機関が交付した介護職員初任者研修修了証明書の写し等）
- （2）支援対象法人等又は支援対象者が介護職員初任者研修の受講料を支払ったことが確認できる書類（研修実施機関が発行した領収書の写し等）
- （3）（支援対象法人等が介護職員初任者研修の受講料を負担した支援対象者に受講料相当額を補填した場合）支援対象法人等が介護職員初任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（支援対象者の受領書の写し等）

別紙（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	社会福祉法人 ■■■■■■■■	
	施 設 名	■■■■■■■■■■■■■■■	
	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	■■■■-■■■■■■-■■■■■■	
	担 当 者 名	■■ ■■	
②別事業による補助金等の交付の有無 (有の場合は交付対象外)	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を		
	<input checked="" type="radio"/> 受けていない <input type="radio"/> 受けている <input type="radio"/> 受ける予定（いずれかに○）		
	※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 支援対象者

③氏 名	フリガナ ■■■ ■■■	④生年 月 日	昭和■■■年
	■■ ■■		■■月■■日生
⑤就職年月日	令和■■■年■■■月■■■日		
⑥仕事の内容	介護職員		
⑦申請者の労働時間	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	40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	埼玉県■■市■■町■■-■■-■■	
	電話番号	■■■■-■■■■■■-■■■■■■	
⑨研修期間	令和4年4月1日 から 令和4年5月2日 まで		
⑩修了日から起算して1か月を経過する日	令和4年6月1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	100,000円		
⑫補助上限額	30,000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)	30,000円		

税抜き金額を記載

- ① 研修修了を証明する書類
- ② 研修受講料の支払いを確認できる書類  
(領収書等)
- ③ 受講料相当額を補填したことが確認できる書類

を添付してください。

(受講料相当額を補填したことが確認できる書類の例)

## 確認書

法人名 (甲)

社会福祉法人 ■■会

特別養護老人ホーム (施設名) 様

受講料総額 (税込み)

甲が介護職員初任者研修受講料相当額 (金■■■, ■■■■円) の全額  
を、乙あて補填したことを証明します。

令和4年■月■■日

氏名 (乙) ■■■

様式第2号（第6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）補助金事業実績報告書  
（支援対象法人等用）

令和4年6月3日

（宛先）

埼玉県知事

法人等所在地 埼玉県■市■町■一■一■

法人等名 社会福祉法人 ■■■■■■■■

代表者

役職・氏名 ■■■■ ■■ ■■

令和4年6月3日付けで申請した埼玉県介護職員資格取得支援事業（初任者研修受講料）補助金について、当該事業が完了したので、補助金の交付手続等に関する規則第13条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記

- |           |  |         |   |
|-----------|--|---------|---|
| 1 交付申請額   | 金                                      | 30,000  | 円 |
| 2 実績額     | 金                                      | 100,000 | 円 |
| 3 事業の実施内容 | 研修修了後1か月以上継続して勤務を<br>ア) した<br>イ) していない |         |   |

税抜き金額を記載

修了後1か月以内に就職した場合は、「就職後1か月以上勤務を」と読み替える

4 添付書類

- (1) 第2条第2号ウの介護施設等による勤務証明書（別紙2-1）
- (2) 請求書（別紙2-2）

（注意）上記3については、「ア」又は「イ」のいずれかに○を付けてください。


別紙 2 - 1 (様式第 2 号関係)

勤務証明書 (支援対象法人等用・支援対象者 (第 2 条第 2 号) 用)

支援対象者 氏 名 ■■ ■■

生年月日 昭和■■年■月■日

上記の者は、次のとおり介護職員初任者研修を修了し、1 か月以上継続して勤務している (した) ことを証明する。

就職年月日	令和■■年■■月■■日
修了年月日	令和 4 年 5 月 2 日 
在職の有無	現在、在職して <input checked="" type="radio"/> いる ・ <input type="radio"/> いない
	(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。
	退職年月日 令和 年 月 日 ※既に退職している場合にのみ記載
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 4 0 時間

令和 4 年 6 月 3 日

勤務先 法 人 名 社会福祉法人 ■■■■■■■■

住 所 埼玉県■■市■■町■■-■■-■■

施 設 名 ■■■■■■■■

代表者役職名・氏名 ■■■■ ■■ ■■

担当者氏名 ■■ ■■

電話番号 ■■■-■■■■■-■■■■■

請 求 書 (支援対象法人等用)

日付を記入しない

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

法人等所在地 埼玉県■市■町■-■-■

法人等名 社会福祉法人 ■■■■■■■■

代 表 者

役職・氏名 ■■■■ ■■ ■■

令和4年6月3日付けで申請した埼玉県介護職員資格取得支援事業(初任者研修受講料)補助金について、当該事業が完了したので、下記の金額を支払われたく請求します。

記

請求額 金 30,000 円

振込先

口座名義	社会福祉法人 ■■■■■■■■		
カナ名義	シャカイフクシホウジン ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■		
金融機関名 及び支店名	■■ 銀行 信用金庫 農 協	■■	支店 出張所 支 所
口座種目 及び口座番号	普通 当座	■■■■■■■■■■	