

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  
（支援対象者用）

令和4年6月3日

（宛先）

埼玉県知事

住 所 埼玉県■市■町■-■-■  
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 20,000 円
- 2 事業計画 別紙のとおり
- 3 添付書類
  - （1）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）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）

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  
（支援対象者（第2条第2号）用）

1 申請者

①氏名	フリガナ ■■■ ■■■	②生年 月日	昭和■■■年
	■■ ■■		■月■日生
③住所	(〒■■■■-■■■■) 埼玉県■■市■■町■■-■■-■■		
④電話番号	■■■■-■■■■-■■■■		
⑤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		
	Ⓐ受けていない イ受けている ウ受ける予定 (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 受講した介護職員初任者研修

⑥受講機関	機関名	■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■	
	所在地	埼玉県■■市■■町■■-■■-■■	
	電話番号	■■■■-■■■■-■■■■	
⑦研修期間	令和4年4月1日 から 令和4年5月2日 まで		
⑧受講料	100,000円		
⑨補助上限額	30,000円 (⑧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。)		
⑩⑤以外の補填等の有無及び有の場合はその額	⑤以外の補填等を		
	ア受けていない イ受けている Ⓒ受ける予定 (いずれかに○)		
	※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な支給者及び金額を記載		
	支給者 就職先	金額	80,000円
⑪⑨と⑩の計	110,000円		
⑫超過額	10,000円(⑪が⑧を上回る場合、⑪から⑧を減じた額)		
⑬申請額 (上限3万円)	20,000円 (⑨から⑫の額を減じた額を記載してください。)		

3 勤務先介護施設等

⑭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	■■■■-■■■■-■■■■	
⑮就職年月日	令和2年6月1日		
⑯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 (研修修了年月日に1か月を加えた日の前日を記載してください。)		
⑰仕事の内容	介護職員		
⑱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	

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

を添付してください。

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  
（支援対象者（第2条第2号）用）

令和4年6月3日

（宛先）

埼玉県知事

住 所 埼玉県■市■町■-■-■  
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                 | 20,000  | 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 |         |   |

Ⓐ した

イ していない

4 添付書類

- （1）第2条第2号ウの勤務先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 2 年 6 月 1 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 40 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 (支援対象者用)

日付を記入しない

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

住 所 埼玉県 ■市 ■町 ■-■-■  
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 20,000 円

振込先

口座名義	■■■ ■■
カナ名義	■■■■ ■■■■
金融機関名 及び支店名	■■■ 銀行 支店 信用金庫 出張所 農 協 支 所
口座種目 及び口座番号	普通 当座 ■■■■■■■■