

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
交付申請書兼実績報告書（支援対象法人等用）

令和8年 7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 理事長 ■■ ■■

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、第13条の規定により、報告します。

記

受講料の税抜き金額の1/2
上限 30,000 円

1 交付申請額 金 27,273 円

2 計画及び報告 別紙1-1（事業計画書兼報告書）のとおり

振込先

口座名義	■■ ■■						
カナ名義	フク) ■■■■						
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 (○印)	普通・当座						
口座番号	■	■	■	■	■	■	■

通帳の見開きページに記載
のカナ名義をそのまま記入

添付書類 ①研修修了証明書の写し

②研修機関が発行した受講料領収書の写し

③法人が支援対象者に研修受講料相当額を補填した場合、補填を確認できる書類

④勤務証明書（別紙1-2）

⑤振込口座の通帳の見開きページ（カナ名義と口座番号の記載があるもの）
又はキャッシュカードの写し

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 事業計画書兼報告書
(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	特別養護老人ホーム■■■■■
	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	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	
	☒ 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	フリガナ ■■■■■■	④生年 月日	平成 ■ 年 ■ 月 ■ 日生
	■■■■		
⑤就職年月日	令和 4 年 9 月 1 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	■■■■■■■	修了証に記載してある日付
	所 在 地	埼玉県■■市■■町■■-■■-■■	
	電話番号	■■■■-■■■■-■■■■	
⑨研修期間	令和 8 年 4 月 6 日 から 令和 8 年 6 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 8 年 7 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	54,546 円		受講料の税抜き金額
⑫補助上限額	27,273 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)	27,273 円		1 円未満の端数切捨て

勤務証明書

支援対象者 氏 名 ■■■■■
生年月日 平成■■■年 ■月 ■日

上記の者は、次のとおりであることを証明する。（該当する項目の（ ）に○印）

（ ）介護職員初任者研修の受講期間中に当施設に就職し、研修修了後 1 か月以上継続して勤務している（した）。

（ ）介護職員初任者研修を修了した日から 1 か月を経過する日との間に当施設に就職し、1 か月以上継続して勤務している（した）。

（○）介護職員初任者研修を受講する前に当施設に就職し、研修修了後 1 か月以上継続して勤務している（した）。

就職年月日	令和 4 年 9 月 1 日
修了年月日	令和 8 年 6 月 2 日
在職の有無	現在、在職して <u>いる</u> ・ 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 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 8 年 7 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 特別養護老人ホーム ■■■■■
代表者役職名・氏名 理事長 ■■■
担 当 者 氏 名 ■■■■■
電 話 番 号 ■■■-■■■■-■■■■

施設の管理者でなく、法人の
代表者に証明をお願いします

(受講料相当額を補填したことが確認できる書類の例)

(注 いったん職員個人が受講料を支払い(研修機関の領収書が職員個人あて)、
その後に勤務先法人がその個人に受講料相当額全額を補填した場合に使用)

確認書

法人名(甲)

社会福祉法人 ■■■■■■

理事長 ■■ ■■ 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■■年■■月■■日

氏名(乙) ■■ ■■