

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 支援対象職員氏名等

① 氏 名	フリガナ サイタマ タロウ	② 生年月日	昭和55 年 4 月 7 日
	埼玉 太郎		

2 介護福祉士国家試験受験番号 (介護福祉士国家資格取得が処遇改善の要件となっている場合のみ記入)

③ 受験番号	K123-08910
--------	------------

3 受講した実務者研修

修了証明書に記載されている修了日をご記入ください。

④ 研修機関	名 称	○▽□福祉専門学校	
	所 在 地	さいたま市○○区□□4-5-6	
	電話番号	048-□△○-○○□○	
⑤ 受講期間	令和8 年 5 月 1 日 から	令和8 年 10 月 25 日まで	
⑥ 事業主からの 補填の有無	ア 有 ☒ ① 予定有 ウ 無 (いずれかに○)		
⑦ 受 講 料	⑪ 順番に記入して 申請額を計算します	174,000 円(税込)	
⑧ 受講料の1/2		87,000 円(税込)	
⑨ 事業主からの 補填額		10,000 円(税込) (⑥で ウ に○をした場合は0円を記入)	
⑩ 超過額		0 円(税込) 計算方法 (⑧+⑨)-⑦=⑩ ⑩がマイナスの金額の場合は0円を記入	
⑪ 交付申請額 (上限10万円)		87,000 円(税込) 計算方法 ⑧-⑩=⑪ 受講料の1/2と10万円を比べ低い金額を記入	

4 介護職員

この金額を『様式第1号 申請書』の「1 交付申請額」に記入してください。

⑫ 別事業による 補助金等の交付の 有無	ア 有 イ 予定有 ウ 無 (いずれかに○)
----------------------------	---------------------------------