

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 (法人用)

1 申請者

①法人名	社会福祉法人〇〇会
②施設名	特別養護老人ホーム △△
③施設の種類	介護老人福祉施設
④所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 埼玉県さいたま市〇〇 1-2-3
⑤電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
⑥担当者氏名	熊谷 和子

施設が複数ある場合は施設ごとに作成する。

⑭受講料 1/2 額と 10 万円を比較し、少ない額

2 資格取得支援対象職員名簿

番号	氏名	年齢	実務者研修 実施施設	受講料×1/2 (上限 10 万円)	介護福祉士国家 試験受験番号
1	川越 一郎	25	〇〇〇福祉専門学校	50,000 円	K111-11111
2	春日部 次郎	27	〇〇〇福祉専門学校	37,500 円	K111-11112
3	上尾 良子	35	〇〇〇福祉専門学校	25,000 円	K111-11113
4	越谷 正子	37	〇〇〇福祉専門学校	25,000 円	K111-11114
5				円	
合計				137,500 円	

※ 詳細は、別添「資格取得支援対象職員」のとおり。

介護福祉士国家試験受験番号は、処遇改善の要件となっている場合のみ記入。

別紙1-1の別添（資格取得支援対象職員）

番号	1
----	---

(1) 支援対象職員氏名等

⑦氏名	フリガナ カゴエ 伊吹 川越 一郎	⑧生年 月日	平成〇年〇月〇日生 (〇〇歳)
⑨住所	(〒336-〇〇〇〇) 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇2-1-1		
⑩電話番号	048-830-〇〇〇〇		

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

⑪受験番号	K111-11111
-------	------------

(3) 受講した実務者研修

⑫受講施設	施設名	〇〇〇福祉専門学校	実務者研修終了日 (修了証明日)
	所在地	さいたま市〇〇区〇〇4-5-6	
	電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
⑬受講期間	令和3年4月1日 から 令和3年9月25日 まで ※研修の受講を <input checked="" type="radio"/> ア 修了している <input type="radio"/> イ 修了する予定 (ア又はイのいずれかに〇を付けてください。)		
⑭受講料	100,000 円		
⑮受講料の 1/2の額	50,000 円		
⑯申請額 (上限10万円)	50,000 円 (⑭受講料の1/2の額と10万円を比較し、少ない方の額を記載してください。)		

(4) 仕事の内容等

⑰仕事の内容	介護職		
⑱支援対象職員 の労働時間	1日当たりの所定労働時間	6 時間	
	1週間当たりの所定労働時間	30 時間	

(5) 介護職員資格取得支援事業（実務者研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

⑲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（実務者研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付を <input checked="" type="radio"/> ア 受けていない ・ <input type="radio"/> イ 受けている ・ <input type="radio"/> ウ 受ける予定 (ア、イ、ウのいずれかに〇を付けてください。)		
	※イ又はウに〇を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載		
	名称	金額	円

