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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（支援対象者用）

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ②生年月日 | 　　　　　年　　　　　　　月　　日生 |
|  |
| ③住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ④電話番号 |  |
| ⑤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 |
| ア 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　受講した介護職員初任者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑥受講機関 | 機 関 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑦研修期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ⑧受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　 円 |
| ⑨補助上限額 | 　　　　　　　　　　　　 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 | ⑤以外の補填等について |
| ア 無　　　　イ 予定有　　　　ウ 有（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  | 金額　　　　　　　　　円 |
| ⑪⑨と⑩の計 | 　　　　　　　　　　　　 円 |
| ⑫超過額 | 　　　　　　　　　　　　 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) | 　　　　　　　　　　　　 円(⑨から⑫の額を減じた額を記載してください。) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑭就職先の介護施設等 | 法　人　名 |  |
| 施　設　名 |  |
| 施設の種類 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電話番号 |  |

３　就職先介護施設等

（１）研修受講**開始後に就職**した方

|  |  |
| --- | --- |
| ⑮就職日から起算して1か月を経過する日 | 　　　　　年　　　月　　　日（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。）（**研修中**に就職した場合は、**研修修了日に**1か月を加えた日の前日を記載） |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑯修了日から起算して1か月を経過する日 | 　　　　　年　　　月　　　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。）（研修修了年月日は、修了証に記載されている日付です。） |

（２）研修開始時**既に勤務**していた方