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

（支援対象者用）

令和５年７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、第５条の規定により、報告します。

記

１　交付申請額　　金　　３０，０００　円

２　実　績　額　　金　　１００，０００　円

振込先

口座名義	■■　■■						
カナ名義	■■■　■■■						
金融機関名 及び支店名	■■	銀　行 信用金庫 農　協		■■	支　店 出張所 支　所		
口座種目 （○をつける）	普通　・　当座						
口座番号	■	■	■	■	■	■	■

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	平成■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	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	埼玉県■市■町■－■－■
	電話番号	■■■－■■■■－■■■■
⑦研修期間	令和５年４月１日 から　令和５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	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　　勤務先　　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　就職先介護施設等

⑭就職先の介護施設等	法　人　名	■■■■■■
	施　設　名	■■■■■■
	施設の種類	■■■■
	所　在　地	埼玉県■市■町■－■－■
	電 話 番 号	■■■－■■■■－■■■■

（１）研修受講<u>開始後に就職</u>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）

（２）研修開始時<u>既に勤務</u>していた方

⑯修了日から起算して１か月を経過する日	令和５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。） （研修修了年月日は、修了証に記載されている日付です。）

別紙１－２（様式第１号関係）

勤務証明書

申請者　氏　　名　■■　■■

生年月日　昭和　■■年　■月　■日

上記の者は、次のとおりであることを証明する。

（　）介護職員初任者研修修了後１か月を経過する前に当施設に就職し、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修了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３年　６月　１日
修了年月日	令和５年　５月　２日
在職の有無	現在、在職して（いる）・　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５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　■■■－■■■■－■■■■