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５年７月３日

（宛先）
埼玉県知事

法人等所在地　埼玉県■市■町■－■－■

法人等名　　社会福祉法人 ■■■■■■■

代表者
役職・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５条の規定により、関係書類を添えて申請し、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　２７，２７２　円

２　実　績　額　　金　５４，５４５　円

税抜き金額を記載

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	■■■■■■■■■
	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	
	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　支援対象者

③氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ ■■■ ■■■ ■■　■■	④生年月日	昭和　■■年 ■　月　■日 生
⑤就職年月日	令和■■年■■月■■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	■■■■■■■■■■■■■
	所 在 地	埼玉県■市■町■－■－■
	電話番号	■■■－■■■■－■■■■
⑨研修期間	R5 年　4 月　1 日 から　R5 年　5 月　2 日 まで	
⑩修了日から起算して１か月を経過する日	R5 年　6 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	５４，５４５ 円	
⑫補助上限額	２７，２７２ 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）	２７，２７２ 円	

修了証に記載してある日付

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　■■■－■■■■－■■■■

（受講料相当額を補填したことが確認できる書類の例）

確認書

法人名（甲）
社会福祉法人　■■会
特別養護老人ホーム（施設名）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）　■■　■■