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（実務者研修受講料）計画書（法人用）

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| ①法　人　名 |  |
| ②施　設　名 |  |
| ③施設の種類 |  |
| ④所　在　地 | （〒　　　－　　） |
| ⑤電話番号 |  |
| ⑥担当者氏名 |  |

２　資格取得支援対象職員名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 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 |  |  | 　円 |  |
| ２ |  |  | 円 |  |
| ３ |  |  | 円 |  |
| ４ |  |  | 円 |  |
| ５ |  |  | 円 |  |
| 合計 |  |  | 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ⑧生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ⑨住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ⑩電話番号 |  |

（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 |  |

（３）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑭受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑮受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑯申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| ⑱支援対象職員の労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　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 |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○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 |

別紙１－１の別添（資格取得支援対象職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　２ |

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑦氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ⑧生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ⑨住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ⑩電話番号 |  |

（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 |  |

（３）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑭受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑮受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑯申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| ⑱支援対象職員の労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　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 |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○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 |

別紙１－１の別添（資格取得支援対象職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　３ |

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑦氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ⑧生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ⑨住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ⑩電話番号 |  |

（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 |  |

（３）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑭受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑮受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑯申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| ⑱支援対象職員の労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　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 |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○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 |

別紙１－１の別添（資格取得支援対象職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　４ |

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑦氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ⑧生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ⑨住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ⑩電話番号 |  |

（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 |  |

（３）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑭受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑮受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑯申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| ⑱支援対象職員の労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　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 |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○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 |

別紙１－１の別添（資格取得支援対象職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | 　５ |

（１）支援対象職員氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑦氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ⑧生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
|  |
| ⑨住　　所 | （〒　　　－　　） |
| ⑩電話番号 |  |

（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 |  |

（３）受講した実務者研修

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑫受講施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| ⑬受講期間 | 　　　　年　　月　　日 から 　　　　年　　月　　日 まで |
| ※研修の受講を　ア　修了している　　イ　修了する予定（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） |
| ⑭受 講 料 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑮受講料の1/2の額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑯申 請 額(上限10万円) | 　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| ⑱支援対象職員の労働時間 | １日当たりの所定労働時間　　　　　　　　　　時間 |
| １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　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 |
| ア　受けていない　・　イ　受けている　・　ウ　受ける予定（ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。） |
| ※イ又はウに○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 |