

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 7 年 7 月 4 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 1 3 条の規定により、報告します。

記

1 交付申請額 金 20,000 円

別紙 1－1 事業計画書兼報告書
で計算した⑬欄の額を記入
上限 30,000 円

2 計画及び報告 別紙 1－1（事業計画書兼報告書）のとおり

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（○印）	普通・当座						
口座番号	■	■	■	■	■	■	■

通帳の見開きページに記載
の**カナ名義**をそのまま記入

- 添付書類 ①研修修了証明書の写し
②研修機関が発行した受講料領収書の写し
③勤務先が発行した勤務証明書（別紙 1－2）
④振込口座の通帳の見開きページ（カナ名義と口座番号の記載があるもの）又はキャッシュカードの写し

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 事業計画書兼報告書
(支援対象者用)

1 申請者

①氏 名	フリガナ ■■■ ■■■ ■■ ■■	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。		

書類不備で連絡する場合がありますので、
電話番号は必ず記入してください。

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7年 4月 7日 から 令和7年 5月22日 まで	
⑧受 講 料	90,000 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 70,000円	
	⑪⑨と⑩の計	
	100,000 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。)	

修了証の証明日の日付

3 就職先介護施設等

⑭就職先の介護施設等	法 人 名	社会福祉法人 ■■■■■■
	施 設 名	特別養護老人ホーム ■■■■■■
	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	■■■-■■■-■■■

要綱別表の一覧(介護保険
適用施設)の中から記入

(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)
-----------------------------	--

(2) 研修開始時既に勤務していた方

⑯修了日から 起算して1か月 を経過する日	令和7年 6月 21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。)
-----------------------------	---

勤務証明書

申請者 氏 名

生年月日 平成 ■年 ■月■■日

上記の者は、次のとおりであることを証明する。（該当する項目の（ ）に○印）

- （ ）介護職員初任者研修の受講期間中に当施設に就職し、研修修了後 1 か月以上継続して勤務している（した）。
- （ ）介護職員初任者研修を修了した日から 1 か月を経過する日との間に当施設に就職し、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を受講する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 4 年 9 月 1 日
修了年月日	令和 7 年 5 月 2 2 日
在職の有無	現在、在職して <u>いる</u> ・ 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 2 4 時間

令和 7 年 7 月 1 日

勤務先 法 人 名 社会福祉法人 ■■■■■■
住 所 埼玉県■市■町■ー■ー■
施 設 名 特別養護老人ホーム ■■■■
代表者役職名・氏名 理事長 ■■■■
担 当 者 氏 名 ■■■■
電 話 番 号 ■■■ー■■■■ー■■■■

施設の管理者でなく、法人の
代表者の証明をお願いします