

第1号様式

第 号
令和×年×月×日

新潟県知事 ○○ ○○ 様

補助事業者住所 **新潟市中央区新光町4番地1**
名称 **社会福祉法人 ○○福祉会**
代表者の職、氏名 **理事長** □□ □□

法人単位でまとめて申請してください。

令和×年度介護人材確保推進事業費補助金の交付について（申請）

標記補助金を下記のとおり交付されるよう、新潟県補助金等交付規則第3条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- | | | | | |
|---|------|---|-----------------|---|
| 1 | 申請額 | 金 | 74,000 | 円 |
| 2 | 添付書類 | | ・○○
・○○
⋮ | |

補助金申請額（様式第1号の5の額）を記入してください。

（注）所要額調書、事業計画書、歳入歳出予算（見込）書抄本その他の添付書類は、その都度別に定める

現任者向け資格取得支援事業実施計画書

1 受講する研修等

研修等名	実施人数	
初任者研修		名
実務者研修	1	名
介護福祉士国家試験	3	名
	(延べ) 計	4 名

2 現任者向け資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

現任者向け資格取得支援事業と同趣旨の事業による補助金等の交付を		
受ける予定		
※「受けている」又は「受ける予定」の場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載		
名称	A市実務者研修受講助成金	
金額	計	42,000 円
	上記概要	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：〇〇 〇〇 (実務者研修) 県の補助申請額を除いた金額でA市に申請する。補助率は1/2。 (120,000-36,000) × 1/2 = 42,000

他補助金を受ける場合は記入が必要です。
場合により県補助金の算出方法が異なりますので、事前にご相談ください。

3 取得予定の資格に関する手当制度について (事業実施するものについてのみ記入してください。)

手当対象者	手当制度の有無	手当制度創設 (予定) 年月日
初任者研修修了者		年 月 日
実務者研修修了者	作成予定	令和〇年〇月〇日
介護福祉士	有	平成25年6月1日

様式第 1 号

4 現任者向け資格取得支援事業経費積算書

A欄にはテキスト代等を含む全経費を記入してください。

(単位：円)

対象研修等	総事業費 A	寄付金 その他収入額 B	差引額 C (A-B)	補助対象 経費 D	CとDのうち 少ない額 E	基準額 F	補助率 G	補助金交付 申請額 H
初任者研修						100,000 × 名 = 0		
実務者研修	120,000	0	120,000	110,000	110,000	150,000 × 1名 = 150,000	1/3	36,000
介護福祉士 国家試験	68,140	0	68,140	58,140	58,140	50,000 × 3名 = 150,000	2/3	38,000
合計	188,140	0	188,140	168,140	168,140			74,000

※D欄には総事業費のうち本補助事業の対象となる金額（入学金やテキスト代を除いた受講料等のうち、法人等が負担する額）を記入してください。

※H欄には、様式第 1 号の 5 における受講者ごとの補助金申請額を対象研修等ごとに集計した額を記載してください。

様式第 1 号

6 補助金振込口座登録

金融機関	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
口座種別	普通		
口座番号	1234567		
口座名義	(カタカナ)		
	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ		
	(漢字)		
	社会福祉法人〇〇福社会		

補助申請者（法人）と振込希望口座名義が異なる場合（事業所名義の口座等）は、別途「委任状」が必要となります。

7 連絡先

(担当者) 部署・役職・氏名	法人本部 事務長 新潟 花子
TEL	×××-×××-××××
FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
電子メール	△△△△@△△.△

本書類作成者の連絡先を記入してください。

交付申請提出書類（確認用）

チェック欄	提出書類
✓	交付申請書（交付要綱第 1 号様式）
✓	様式第 1 号 現任者向け資格取得支援事業実施計画書
✓	様式第 2 号 受講者一覧表
✓	法人等において、従業者が取得予定の資格に関する手当制度が設けられていることが分かるもの（給与規定等を抜粋してください。）
✓	受講する研修（資格）の、入学金やテキスト代を除いた受講（受験）料が分かるもの（研修パンフレット等に内訳が記載されていない場合は、研修実施機関に発行を依頼してください。）

（補助率1/3の場合のみ提出）

✓	介護職員処遇改善加算の届出書類の写し及び奨励金等の内容が分かる書類
✓	様式第 5 号 資格手当制度導入計画書

※介護職員が対象となるため、身体援助業務についていない「事務職員」は補助対象外。

受講者一覧表

(単位：円)

研修等名称	勤務先事業所名	ふりがな氏名	仕事内容	受講料 (テキスト代等を含む)	受講料負担内訳		
					法人等負担額	本人負担額	その他 ()
実務者研修	特養〇〇	〇〇 〇〇	介護職	120,000	120,000	0	
介護福祉士国家試験	特養〇〇	〇〇 〇〇	介護職	18,380	18,380	0	
介護福祉士国家試験	老健□□	□□ □□	介護職	18,380	18,380	0	
受験対策講座	老健□□	□□ □□	介護職	31,380	31,380	0	
合計				188,140	188,140	0	0

法人等負担額について、受講者本人から確認を得ていることを誓約します。

令和×年×月×日

法人名 社会福祉法人〇〇福祉会

代表者職名 理事長

氏名 □□ □□

受講料の負担額について、必ず受講者本人に伝えて確認を得てください。

令和×年×月×日

資格手当制度導入計画書

新潟県知事 様

法人名： 社会福祉法人〇〇福祉会

代表者職氏名： 理事長 □□ □□

資格手当制度がなく、1/3で交付申請する場合はこちらの提出が必要です。

(要旨)

令和×年度現任者向け資格取得支援事業における補助金交付申請にあたり、補助要件である資格手当制度導入計画書を提出いたします。

(概要)

1 現状・課題

現在、当法人においては、介護福祉士実務者研修修了者に対する資格手当を設けておらず、また今回補助金交付申請を行う現任者向け資格取得支援事業では、先述の手当制度創設が補助要件となっているため、それを計画する必要がある。

2 対応

(1) 制度導入の内容

実務者研修修了者に対する資格手当制度の創設

(2) 制度導入のスケジュール

令和×年12月 法人内で手当制度の内容を協議する。
令和〇年1月 実務者研修修了者に対する資格手当を追記した給与規定に改定する。
令和〇年2月 資格手当を反映した給与支給開始。

3 その他

• • •