（第１号様式）

令和　　年　　月　　日

　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒

住　　所

事業者名（法人名等）

代表者職氏名

　　　　　　　印

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

連絡担当者氏名

 　　　ＴＥＬ

令和５年度介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業助成金交付申請書

 このことについて、令和５年度介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業実施要項の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

【１】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者が経営する施設又は事業所名 |  |
| 施設又は事業所の種別　**※１** |  |
| 研修の名称(受講する研修に○印を付すこと) | 介護職員初任者研修　　　・　　　生活援助従事者研修 |
| 研修（予定）機関の名称 |  |
| 研修受講（予定）期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 受講人数 | 　　　　人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付） |

【２】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者が経営する施設又は事業所名 |  |
| 施設又は事業所の種別　**※１** |  |
| 研修の名称(受講する研修に○印を付すこと) | 介護職員初任者研修　　　・　　　生活援助従事者研修 |
| 研修（予定）機関の名称 |  |
| 研修受講（予定）期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 受講人数 | 　　　　人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付） |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の受講に係る費用の収支予算書 | 別紙（第１号様式①）を添付（施設、事業所を運営する事業者（法人、個人営業者）で一括整理） |

**※１　対象となる介護サービス別表から該当する施設・事業所の種別を記入すること（例：通所介護、訪問介護など）**

（第１号様式①）

令和５年度　介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業　収支予算書

介護職員初任者研修助成金交付申請額　　　　　　　　　　　円（千円未満切り捨て）

生活援助従事者研修助成金交付申請額　　　　　　　　　　　円（千円未満切り捨て）

収　入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
| **介護職員初任者研修助成金　①** |  円 | **（千円未満切り捨て）** |
| **生活援助従事者研修助成金　②** |  　　　　　 円 | **（千円未満切り捨て）** |
| そ　の　他（Ｄ −（ ① + ② ）） |  　　　　　 円 | ※事業者負担等 |
| 合　　　　計 （Ａ） |  　　　　　 円 | （Ｄ）と一致のこと |

支　出

ⓐ介護職員初任者研修助成金の対象となる支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　　目 | 金　　　　　額 | 摘　　　　要 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 小　　　　計（Ｂ） | 円 |  |

ⓑ生活援助従事者研修助成金の対象となる支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　　目 | 金　　　　　額 | 摘　　　　要 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 小　　　　計（Ｃ） | 円 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 合　　　　計（Ｄ） | 円 | （Ｂ）＋（Ｃ） |

（第１号様式）

記入例

令和○○年○○月○○日

　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒753-0072

住　　所　山口市大手町9-6

事業者名（法人名等）　社会福祉法人　○○会

代表者職氏名

**公印**

理事長　山口　太郎　　　印

担当者と**日中連絡を取れる番号**を記載して下さい

ＴＥＬ　083-123-4567　ＦＡＸ　083-890-1234

連絡担当者氏名　山口　花子

ＴＥＬ　083-123-4567

事務的なことなどの問合せの際、**迅速に**回答できる方を担当としてください。

令和５年度介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業助成金交付申請書

 このことについて、令和５年度介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業実施要項の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

【１】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者が経営する施設又は事業所名 | デイサービス〇〇 |
| 施設又は事業所の種別　**※１** | 通所介護 |
| 研修の名称(受講する研修に○印を付すこと) | 介護職員初任者研修　　　・　　　生活援助従事者研修 |
| 研修（予定）機関の名称 | 株式会社○○ |
| 研修受講（予定）期間 | 令和　○年　○月　○日　～　令和　○年　○月　○日 |
| 受講人数 | 　　　２人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付）項目がすべて同じ場合のみまとめて記入できます。 |

【２】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者が経営する施設又は事業所名 |  |
| 施設又は事業所の種別　**※１** |  |
| 研修の名称(受講する研修に○印を付すこと) | 介護職員初任者研修　　　・　　　生活援助従事者研修 |
| 研修（予定）機関の名称 |  |
| 研修受講（予定）期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 受講人数 | 　　　　人（人数の確認ができる事業計画書、申込書等を添付） |

**※１　対象となる介護サービス別表から該当する施設・事業所の種別を記入すること（例：通所介護、訪問介護など）**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の受講に係る費用の収支予算書 | 別紙（第１号様式①）を添付（施設、事業所を運営する事業者（法人、個人営業者）で一括整理） |

（第１号様式①）

記入例

令和５年度　介護職員初任者研修・生活援助従事者研修支援事業　収支予算書

介護職員初任者研修助成金交付申請額　　　　　９４，０００　円（千円未満切り捨て）

生活援助従事者研修助成金交付申請額　　　　　　　　　　　円（千円未満切り捨て）

収　入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 摘　　　要 |
| **介護職員初任者研修助成金　①** | ９４，０００　円 | **（千円未満切り捨て）**千円未満は切り捨てるので94,000円の助成となります。 |
| **生活援助従事者研修助成金　②** |  　　　　　　円 | **（千円未満切り捨て）** |
| そ　の　他（Ｄ −（ ① + ② ）） |  ６００　円 | ※事業者負担等 |
| 合　　　　計 （Ａ） |  ９４，６００　円 | （Ｄ）と一致のこと |

支　出

ⓐ介護職員初任者研修助成金の対象となる支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　　目 | 金　　　　　額 | 摘　　　　要 |
| 受講料 | ８８，０００　円 | ＠44,000×2人 |
| テキスト代 | ６，６００　円 | ＠3,300×2人 |
|  | 円 |  |
| 小　　　　計（Ｂ） | ９４，６００円 |  |

ⓑ生活援助従事者研修助成金の対象となる支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　　目 | 金　　　　　額 | 摘　　　　要 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 小　　　　計（Ｃ） | 円 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 合　　　　計（Ｄ） | ９４，６００円 | （Ｂ）＋（Ｃ） |