

藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付要綱

| | | |
|---|---|----------|
| 制 | 定 | 平成21.6.1 |
| 改 | 正 | 平成23.4.1 |
| 改 | 正 | 平成25.4.1 |
| 改 | 正 | 平成26.8.1 |
| 改 | 正 | 平成26.9.1 |
| 改 | 正 | 平成27.4.1 |
| 改 | 正 | 令和元.8.23 |
| 改 | 正 | 令和2.4.1 |
| 改 | 正 | 令和5.4.1 |
| 改 | 正 | 令和6.4.1 |

(目的)

第1条 この要綱は、市内の介護事業所等における介護人材の充実等を図るため、次条に規定する研修を修了した者に対し、当該研修に係る受講料の一部を予算の範囲内において補助することについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 初任者研修

介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）（以下「規則」という。）第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修課程をいう。

(2) 実務者研修

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）に規定する文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校又は都道府県知事の指定した養成施設が行う介護福祉士として必要な知識及び技能を習得することを目的とした研修をいう。

(3) 実務研修

規則第113条の4第1項に規定する介護支援専門員実務研修をいう。

(4) 研修

初任者研修、実務者研修及び実務研修をいう。

(5) 介護事業所等

次のいずれかに該当するものであって、市内に所在するものをいう。

- ア 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する「居宅サービス事業」、「地域密着型サービス事業」、「居宅介護支援事業」、「介護予防サービス事業」、「地域密着型介護予防サービス事業」、「介護予防支援事業」及び「第一号事業」を運営する事業所並びに同法に規定する「指定介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」及び「介護医療院」並びに平成18年法律第83号による改正前の介護保険法に規定する「指定介護療養型医療施設」
- イ 障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する「指定障がい福祉サービス事業者」が当該事業を行うために設置した事業所

(補助対象者)

第3条 補助金の交付対象となる者は、研修の修了者のうち、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 初任者研修修了後1年以内に介護事業所等に新たに介護職員として就労（現に勤務する介護事業所等内又は介護事業所等を運営する法人内の異動等により介護職員として勤務することとなった場合を含む。）した後、介護職員としての就労期間が6月を経過し、補助金交付申請時に同一法人が運営する介護事業所等に、引き続き介護職員として就労している者（介護事業所等が雇用契約を締結し、雇い入れた職員をいう。）。
- (2) 実務者研修修了後1年以内に介護事業所等に新たに介護職員として就労（現に勤務する介護事業所等内又は介護事業所等を運営する法人内の異動等により介護職員として勤務することとなった場合を含む。）した後、介護職員としての就労期間が6月を経過し、補助金交付申請時に同一法人が運営する介護事業所等に、引き続き介護職員として就労している者（介護事業所等が雇用契約を締結し、雇い入れた職員をいう。）。（前号の規定により補助金の交付を受けた者については、補助金の交付対象から除くものとする。）。
- (3) 実務研修修了後1年以内に介護事業所等に新たに介護支援専門員として就労（現に勤務する介護事業所等内又は介護事業所等を運営する法人内の異動等に

より介護支援専門員として勤務することとなった場合を含む。) した後、介護支援専門員としての就労期間が6月を経過し、補助金交付申請時に同一法人が運営する介護事業所等に、引き続き介護支援専門員として就労している者(介護事業所等が雇用契約を締結し、雇い入れた職員をいう。)

- 2 前項の規定にかかわらず、補助金交付申請時に納期の到来している市税の滞納がある者については、補助金の交付対象から除くものとする。

(補助金額)

第4条 補助金の額は、次の各号に掲げる対象者の区分に応じ、当該各号に定める額とする。この補助金の額の算出にあたり、1円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

- (1) 補助金交付申請時に市内に住所を有する者

研修受講料の3分の2以内の額。ただし、その額が50,000円を超える場合は、50,000円。

- (2) 補助金交付申請時に市外に住所を有する者

研修受講料の3分の2以内の額。ただし、その額が20,000円を超える場合は、20,000円。

- 2 前号の研修受講料の額は、当該研修を受講した者が、他の機関等から当該研修の受講料について補助を受ける場合は、当該補助に係る額を控除した額とする。
- 3 補助金の交付は、同一の研修につき、1人1回限りとする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、藤沢市補助金交付規則(以下「規則」という。)第3条第1項ただし書の規定により、事業の完了後、藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付申請書(第1号様式)を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。ただし、市長が提出を要しないと認めた書類については、この限りでない。

- (1) 研修修了証明書の写し等、研修を修了したことが確認できるもの
- (2) 就労証明書等、介護事業所等の就労状況が確認できるもの

(3) 研修受講料の領収書等

(4) 他の機関等から当該研修の受講料について補助を受ける場合にあっては、その補助に係る額が確認できるもの

- 3 第1項の申請期間は、補助対象者としての要件に該当した日から、3月以内（要件に該当した日の3月後が藤沢市の休日を定める条例（平成元年藤沢市条例第24号）第1条に定める市の休日に当たる場合は当該休日の前日まで）とする。ただし、やむを得ない事情があると市長が認める場合はこの限りでない。

（補助金の交付決定）

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請書が提出されたときは、内容を審査してその適否を決定し、その結果を藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

（事業着手届）

第7条 規則第5条第1項ただし書の規定により、事業着手届は、本補助金においては提出を省略するものとする。

（事業完了届及び事業実績報告書）

第8条 規則第5条第1項に規定する事業完了届及び規則第8条第1項に規定する事業実績報告書の提出は、第5条の藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付申請書（第1号様式）及び添付書類の提出をもってなされたものとみなす。

（補助金の交付請求等）

第9条 第6条の規定による通知を受けた者が補助金の支払いを受けようとするときは、藤沢市財務規則（昭和39年藤沢市規則第7号）に規定する請求書を市長に提出しなければならない。

（交付決定の取消し）

第10条 市長は、交付決定者が偽りその他不正な手段により補助金の交付決定を受けたときは、当該補助金の交付決定を取り消すものとする。

(補助金の返還)

第11条 市長は、前条の規定により補助金の交付決定を取り消した場合において、既に補助金が支払われているときは、当該補助金の全額を返還させるものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成21年6月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱は、平成20年4月1日以後に実施された研修について適用する。この場合において、同日から平成21年3月31日までの間に実施された研修の修了者に係る第3条第1項の適用については、同項中「当該研修終了後6月以内」とあるのは「平成21年10月1日まで」とする。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の藤沢市介護人材育成支援事業補助金交付要綱の規定は、平成25年4月1日以後に終了した研修について適用し、同日前に終了した研修については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成26年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公表の日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(検討)

2 市長は、令和9年3月31日までにこの要綱の施行状況について検討を加え、その結果に基づき必要な措置を講ずるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付申請書

| | |
|---|---|
| 藤 沢 市 長 申 請 者 (受 講 者) | 年 月 日 〒 住 所 _____ フリガナ _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____ |
|---|---|

藤沢市介護職員等研修受講料補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | |
|---------------|---|-----------------------------|
| 研 修 名 称 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員実務研修 | |
| 研 修 実 施 機 関 名 | | |
| 修了年月日 | 年 月 日 | |
| 受 講 料 | 円 (税抜き) | |
| 他機関からの補助 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 金額 円 | |
| | 機 関 名 | |
| 就 労 先 | 法 人 名 | |
| | 事 業 所 名 | |
| | 所 在 地 | 藤 沢 市 |
| | 採用年月日 | 年 月 日 |
| 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 研修修了証明書の写し等 <input type="checkbox"/> 就労証明書等 <input type="checkbox"/> 受講料の領収書等 <input type="checkbox"/> 他機関等からの補助額が確認できるもの(他機関等から補助を受けている場合のみ) | |

次の全ての事項について、誓約・同意します。

- ・ 市税を滞納していません。
- ・ 交付申請に係る資格要件を確認するため必要がある場合は、市長が住民基本台帳を閲覧すること及び関係機関に私の市税の納付状況等について、報告を求めることに同意します。
- ・ 偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けた場合や、その他市長が不相当と認める事由が生じた場合等に、補助金の交付決定の取消しを受けたときは、補助金を返還します。

藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付決定通知書

年 月 日

 _____様

藤 沢 市 長

年 月 日付で申請のありました藤沢市介護職員等研修受講料補助金については、
 次のとおり決定しましたので通知します。

| | | | | | | |
|---------|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|---|---|
| 研 修 名 称 | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 | | <input type="checkbox"/> 実務者研修 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員実務研修 | | | | | |
| 決 定 区 分 | <input type="checkbox"/> 交 付 | | <input type="checkbox"/> 不 交 付 | | | |
| 不交付の理由 | | | | | | |
| 補 助 金 額 | ¥ | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 条 件 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 指 示 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

就 労 証 明 書

(藤沢市介護職員等研修受講料補助金交付申請用)

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| 就労者 | (フリガナ) 氏名 | () | 住所 | 〒 | |
| 就 労 先 | 事業所 番号 | 1 4 | | | |
| | 事業所 名称 | | | | |
| | 事 業 所 種 別 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション |
| | | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 |
| | | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 |
| | | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型 共同生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 | | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 居宅介護 | |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型 共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型 通所介護 | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 居宅介護 | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 | <input type="checkbox"/> 介護予防支援 | <input type="checkbox"/> 第一号事業() | | | |
| <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業所() | | | | | |
| 所在地 | 藤沢市 | | | | |
| 電話 番号 | () | | | | |
| 採用 年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 就労形態 | 常勤 ・ パート ・ その他 () | | | | |
| 就労時間 | 時 分 ～ 時 分 (実働 時間/日) | | | | |
| 勤務日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 不定期 勤務日数 [日/週] ・ [日/月] | | | | |
| | ※該当する曜日を○で囲み、週(月)当たりの平均勤務日数を記入してください。 | | | | |
| 業務内容 | | | | | |
| 証明年月日 年 月 日 | | | | | |
| 藤沢市長 | | | | | |
| 上記の事項について、事実と相違がないことを証明します。 | | | | | |
| また、上記の者が、在職していることを証明します。 | | | | | |
| 所在地 _____ | | | | | |
| 事業者 法人名 _____ | | | | | |
| 代表者職氏名 _____ | | | | | |
| 電話番号 () _____ | | | | | |
| <p>【注意事項】</p> <p>① 社印又は代表者の印のないものは無効です。</p> <p>② 訂正したときは、社印又は代表者の訂正印が必要です。</p> <p>③ 上記の事項が事実と異なった場合、補助金の交付を取り消すことがあります。</p> | | | | | |