

令和6年度 白井市介護職員初任者研修等受講費用助成金 申請の手引き

白井市では、高齢者の介護に従事する人材を確保し、安心できる介護サービスを提供するため、介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修を修了した方に対し、要した費用の一部を助成しています。

1 対象者

以下のすべてを満たす方

- (1) 介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修の課程を修了し、かつ、当該修了日が申請日の属する年度の前年度の4月1日以降であること。
- (2) 市内の同一の介護サービス事業所に、申請日において3か月以上継続して就業し、かつ、申請日においても就業していること。
- (3) 勤務先である介護保険サービス事業所の運営法人等に直接雇用されていること。
- (4) 申請日の属する年度の前年度及び当該年度において、市町村民税に滞納がないこと。
- (5) 研修に係る費用について、他の公的な制度による助成を受けていないこと。

2 助成額

受講料及び教材費の額（介護保険サービス事業所の運営法人等から助成を受けた場合又は受ける予定の場合は、当該助成額を控除した額）に2分の1を乗じて得た額（千円未満切り捨て）。ただし、次の額を限度とします。

- (1) 介護職員初任者研修 50,000円
- (2) 介護福祉士実務者研修 100,000円

3 申請方法

高齢者福祉課へ持参又は郵送にて、申請書及び添付書類を提出してください。

- (1) 申請期限 令和7年2月28日（金）まで（必着）

※予算の範囲内で行うため、予算に達した場合は申請期限が早まります。

- (2) 提出先

白井市役所 高齢者福祉課 介護保険係

〒270-1492 白井市復 1123

電話 047-497-3473

1 助成金の申請手続について

申請者

- ・「介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修」を修了
- ・研修修了後、白井市内の同一の介護保険サービス事業所で、3か月以上継続して勤務

- ・勤務先の法人から「就業証明書（第2号様式）」を発行してもらう
（発行後は、速やかに申請してください。）

次の書類を持参又は郵送で、白井市役所高齢者福祉課へ提出

- (1) 交付申請書兼請求書（第1号様式）
- (2) 介護職員初任者研修又は介護福祉士実務者研修の修了証明書の写し
- (3) 受講料・教材費の領収書の写し
- (4) 就業証明書（第2号様式）
- (5) 前年度及び当該年度の市町村民税納税証明書等（(1)において添付書類省略の同意があれば省略できます。）

※ 申請期限 令和7年2月28日（金）まで（必着）

白井市

- ・書類の審査
- ・交付決定の場合、交付決定通知書兼交付確定通知書の送付

指定口座へ助成金の交付

2 対象となる介護保険サービス事業所について

次のいずれかのサービスを行う白井市内の事業所又は施設で、3か月以上継続して勤務した場合を対象とします。

1	訪問介護
2	訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護
3	通所介護
4	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション
5	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
6	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護
7	特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護
8	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
9	夜間対応型訪問介護(※)
10	地域密着型通所介護
11	認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護
12	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
13	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護
14	地域密着型特定施設入居者生活介護
15	看護小規模多機能型居宅介護(※)
16	地域密着型介護老人福祉施設
17	介護老人福祉施設
18	介護老人保健施設
19	介護医療院(※)

備考

- 1 有料老人ホームについては、「介護付き有料老人ホーム」のみ対象となります。
- 2 (※)印については、令和6年4月現在、市内に該当事業所がありません。

3 介護職員初任者研修等受講費用助成金 Q&Aについて

【対象者について】

Q1 白井市民ではないのですが、対象になりますか。

A 対象になります。白井市外にお住まいで、白井市内の介護保険サービス事業所に勤務している方も対象となります。

Q2 非常勤で勤務していますが、対象になりますか。

A 対象になります。ただし、白井市内の介護保険サービス事業所の運営法人に、介護職員として直接雇用されている方に限ります。

Q3 有料老人ホームは、対象になりますか。

A 介護保険サービス事業所を対象にした助成事業であるため、「介護付き有料老人ホーム」のみが要件に該当します。また、当該事業所の運営法人等に介護職員として雇用されている方を助成の対象としています。

Q4 数年前から市内の事業所に勤め、現在も勤務しています。この度、初任者研修を修了しましたが、すぐに申請できますか。

A すぐに申請はできません。研修の修了日から3か月以上、同一の市内介護保険サービス事業所に継続して勤務し、現在も勤めていれば申請できます。事業所から就業証明書を発行してもらい申請してください。

Q5 研修終了後、市内の事業所に3か月以上勤務していましたが、現在は退職しています。この場合、助成の対象となりますか。

A 申請日において3か月以上勤務していることが要件となりますので、対象になりません。ただし、市内事業所にあらためて勤務し、3か月以上勤めた時点で助成要件を満たしていれば対象となります。

Q6 既に市から初任者研修の費用の助成を受けたのですが、実務者研修の費用についても助成を受けられますか。

A 助成の対象になります。

Q7 申請日時点で、初任者研修と実務者研修のいずれも修了している場合は、どちらの分を申請することになりますか。

A 初めて本助成金の申請をする場合は、実務者研修のみの申請となります。

【対象費用等について】

Q8 研修を受講するための入学金や交通費は助成の対象となりますか。

A 入学金や交通費などの費用は、助成の対象となりません。受講料及び教材費のみが助成の対象となります。

Q9 研修費用について、ハローワークから教育訓練給付（市では、ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金の支給）を受けました。残りの金額について、市から助成を受けることができますか。

A 助成の対象となりません。教育訓練給付（国の制度）等、公的制度により既に助成を受けている場合は、本市助成制度の対象外となります。

Q10 研修費用について、勤務先の事業所から補助がありました。この場合、申請できますか。

A 勤務先等から研修費用の補助を受けた場合、研修費用からこの補助額を引いた後の経費が助成の対象となります。申請書にその額を申告し、申請してください。

Q11 領収書を紛失してしまいましたが、どのように申請したらよいですか。

A 必ず必要となりますので、研修先に領収書の再発行を依頼してください。

Q12 研修費用をクレジットカードで支払ったため領収書がありません。どうすればよいですか。

A 研修事業者から発行される「クレジット契約証明書」を領収書に変えることができます。研修事業者に問い合わせしてください。

令和6年4月00日

（宛先）白井市長

住 所 **白井市白井〇〇〇番地**
 申請者 氏 名 **白井 一郎**
 電話番号 **047-497-3473**

白井市介護職員初任者研修等受講費用助成金交付申請書兼請求書
 白井市介護職員初任者研修等受講費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

研修の種類	介護職員初任者研修						
研修事業者	名 称	白井スクール 西白井校					
	所在地	白井市西白井〇〇〇					
研修修了日	令和5年12月23日						
交付申請額	50,000円						
交付申請額の算出基礎	研修の受講に係る費用 (1) 120,000円 控除すべき助成額 (2) _____ 円 上限額 (3) 初任者研修 50,000円 実務者研修 100,000円 ※ ((1) - (2)) × 1/2 と(3)のいずれか低い額。ただし、1,000円未満の端数は、切り捨てる。						
添付書類	(1) 初任者研修又は実務者研修を修了した旨の証明書の写し (2) 受講料等に係る領収書の写し (3) 介護サービス事業所が発行する就業証明書 (4) 第3条第4号に掲げる要件を満たすことを証する書類 (5) その他市長が必要と認める書類						
同意書 市税の納付状況について、白井市が保有する公簿等により確認することに同意します。 申請者 氏 名 白井 一郎							

振込先

金融機関	白井	銀行・信用金庫 その他 ()	西白井	本店	支店	出張所			
預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(ふりがな) 口座名義人	しろい いちろう								
	白井 一郎								

【記入例】 就業先の法人が発行してください。

第2号様式（第6条第1項第3号関係）

就 業 証 明 書

令和6年4月00日

（宛先）白井市長

事業所 名 称 **社会福祉法人〇〇会**
所在地 **白井市〇〇〇番地**
代表者氏名 **〇〇 〇〇**
電 話 **047-497-3473**

原則として、雇用開始日を
記入してください。

白井市介護職員初任者研修等受講費用助成金の交付について、下記の者の就業につき、
令和5年 4月1日 から介護職として3箇月以上当事業所で就業しており、かつ、現在
においても当事業所に就業していることを証します。

記

被雇用者

住 所	白井市復〇〇〇番地
氏 名	白井 一郎
勤務先所在地	白井市西白井〇〇〇番地
勤務事業所名	△△△ケアサービス
電話番号	047-123-4567
常勤・非常勤の別	常 勤

（記載者氏名等 **総務課 千葉かおり**）