

埼玉県介護職員資格取得支援事業 (実務者研修受講料) 計画書 (個人用)

1 申請者

①氏名	カガナ サイタマ タロウ	②生年 月日	昭和〇〇年〇月〇日生 (〇〇歳)
	埼玉 太郎		
③住所	(〒336-〇〇〇〇) 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇1-1-1		
④電話番号	048-830-〇〇〇〇		

2 介護福祉士国家試験受験番号 (処遇改善の要件となっている場合のみ記入)

⑤受験番号	K123-45678
-------	------------

3 受講した実務者研修

⑥受講施設	施設名	〇〇〇福祉専門学校	
	所在地	さいたま市〇〇区〇〇4-5-6	
	電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
⑦受講期間	令和5年4月1日 から 令和5年9月25日 まで ※研修の受講を <input checked="" type="radio"/> ア 修了している イ 修了する予定 (ア又はイのいずれかに○を付けてください。)		
⑧受講料	174,000 円		
⑨受講料の 1/2の額	87,000 円		
⑩事業主による 受講料の一部 補填の有無	介護施設等を運営する法人 (事業主) から受講料の一部補填を ア 受けていない ・ イ 受けている ・ <input checked="" type="radio"/> ウ 受ける予定 (ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。) ※「資格手当の支給」等は含みませんが、受講料の一部を補填する性質のものであれば、「助成金」等、名称の如何を問いません。 ※イ又はウに○を付けた場合は、補填の具体的な内容及び金額を記載		
	内容	資格取得補助	金額 5,000 円
	⑪申請額 (上限10万円)	87,000 円 (⑨受講料の1/2の額と10万円を比較し、少ない方の額を記載してください。ただし、その額と⑩の額の合計が⑧の額を超えている場合は、超過額を差し引いた額を記載してください。※⑧受講料-⑩補填額が⑪申請額の上限です。)	

実務者研修終了日
(修了証証明日)
★修了証を確認

⑨受講料1/2額と
10万円を比較し、
少ない額

4 勤務先介護施設等

⑫勤務先の介護施設等	法人名	社会福祉法人 ○○会
	施設名	老人保健施設 △△△
	施設の種類	介護老人保健施設
	所在地	川口市○○1-1-1
	電話番号	○○-○○○-○○○○
⑬仕事の内容	介護職	
⑭申請者の労働時間	1週間当たり <input checked="" type="radio"/> ア 30時間以上 イ 30時間未満 (ア又はイのいずれかに○を付けてください。)	

5 介護職員資格取得支援事業（研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付の有無

⑮別事業による補助金等の交付の有無	介護職員資格支援事業（実務者研修受講料）と同趣旨の事業による補助金等の交付を	
	<input checked="" type="radio"/> ア 受けていない ・ イ 受けている ・ ウ 受ける予定 (ア、イ、ウのいずれかに○を付けてください。)	
	※イ又はウに○を付けた場合は、具体的な補助金等の名称及び金額を記載	
	名称	金額 円