

大分県社会福祉協議会会長 殿

令和5年度大分県介護初任者研修資格取得助成金支給申請書

|         |   |
|---------|---|
| 住 所     | 〒 |
| 氏 名     | ⑩ |
| 電 話 番 号 |   |

助成金の支給を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

|             |                    |          |          |
|-------------|--------------------|----------|----------|
| 指定養成研修事業者名  |                    |          |          |
| 研 修 期 間     | 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 | 修了年月日    | 令和 年 月 日 |
| 受講料(支給対象経費) | 円                  | 助成金支給申請額 | 円        |

|                     |       |              |      |  |
|---------------------|-------|--------------|------|--|
| (受講者本人名義)<br>振込指定口座 | フリガナ  |              |      |  |
|                     | 口座名義人 |              |      |  |
|                     | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・協同組合 |      |  |
|                     |       | 本店・支店        |      |  |
|                     | 種 別   | 当 座・普 通      | 口座番号 |  |

|       |  |
|-------|--|
| 申立事項等 | <p>私は、この助成を受けるにあたり、他の助成を受けていないことをここに申し添えます。</p> <p style="text-align: right;">署名 ⑩</p> <p>【その他の申立て事項等】</p> |
|-------|--|

| (就労先証明書)欄 | <p>上記の者は、申請日現在、当事業所・施設の介護職員として雇用（登録）していることを証明する。<br/>                 なお、当事業所・施設は、裏面別表の番号_____に該当する。（番号1～28のうち該当番号を記入）<br/>                 ※（令和5年度に新規に採用（登録）の場合のみ記入）→採用（登録日） 令和 年 月 日</p> <p>法人名 _____</p> <p>事業所・施設名 _____</p> <p>代表者名 _____ ⑩</p> | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="10">介護保険事業所番号</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|           | 介護保険事業所番号  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 大分県福祉人材センター処理欄  |     |               |     |          |
|-----------------|-----|---------------|-----|----------|
| 受付年月日<br>(受付順位) | 確認者 | 提出書類確認        |     | 支給決定(却下) |
|                 |     | 申請書(内容確認) [ ] | その他 |          |
|                 |     | 修了証明書(写) [ ]  |     |          |
|                 |     | 領収書(写) [ ]    |     |          |
|                 |     | 就労証明 [ ]      |     |          |
|                 | 備 考 |               |     | 支給決定金額   |
|                 |     |               |     | 円        |

## 別表

| サービス種別        | 介護施設等の種類                  | 種別番号 |
|---------------|---------------------------|------|
| 介護保険施設        | 介護老人福祉施設                  | 1    |
|               | 介護老人保健施設                  | 2    |
|               | 介護療養型医療施設                 | 3    |
|               | 介護医療院                     | 4    |
| 指定居宅サービス      | 訪問介護                      | 5    |
|               | 訪問入浴介護                    | 6    |
|               | 通所介護                      | 7    |
|               | 通所リハビリテーション               | 8    |
|               | 短期入所生活介護                  | 9    |
|               | 短期入所療養介護                  | 10   |
|               | 特定施設入居者生活介護               | 11   |
| 指定介護予防居宅サービス  | 介護予防訪問入浴介護                | 12   |
|               | 介護予防通所リハビリテーション           | 13   |
|               | 介護予防短期入所生活介護              | 14   |
|               | 介護予防短期入所療養介護              | 15   |
|               | 介護予防特定施設入居者生活介護           | 16   |
| 地域密着型サービス     | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護          | 17   |
|               | 夜間対応型訪問介護                 | 18   |
|               | 地域密着型通所介護                 | 19   |
|               | 認知症対応型通所介護                | 20   |
|               | 小規模多機能型居宅介護               | 21   |
|               | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）     | 22   |
|               | 地域密着型特定施設入居者生活介護          | 23   |
|               | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護      | 24   |
|               | 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）    | 25   |
| 地域密着型介護予防サービス | 介護予防認知症対応型通所介護            | 26   |
|               | 介護予防小規模多機能型居宅介護           | 27   |
|               | 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 28   |