

令和5年度介護職員初任者研修支援事業実施要項

1 目的

介護職員初任者研修（以下「初任者研修」という。）を修了した後、茨城県内の高齢分野の介護施設・事業所（以下「事業所等」という。）に介護職員として就職した者又は既に事業所等に就業しながら初任者研修を修了した初任段階の介護職員に対し、受講費用の一部を助成することで、介護分野への就職及び定着支援を図ることを目的とする。

2 助成対象

次のいずれかに該当する者とする。

(1) 初任者研修修了後、県内の事業所等に就職した者。

令和4年4月1日以降に初任者研修を修了し、研修修了後、令和5年4月1日から令和6年3月31日の間に事業所等に介護職員として就職した者とする。

(2) 県内の事業所等に就職後、初任者研修を修了した者。

令和4年4月1日以降に事業所等に介護職員として就職し、就職後、令和5年4月1日から令和6年3月31日の間に初任者研修を修了した者とする。

※ 初任者研修に対し、その受講費用の一部又は全額に関わらず、他の補助金等の交付を受けている、あるいは受ける予定のある者は対象外とする。

3 申込者

上記2の条件を満たす者とする。

4 募集期間

令和5年5月15日から令和6年3月15日（必着）

※ 初任者研修修了及び就職が令和6年3月15日以降となる場合は、修了見込み・就職見込みで申請し、修了証明書（写）及び雇用を証明する書類（写）が提出されてからの決定とする。

5 助成費用

初任者研修の受講にかかった金額のうち、初任者研修実施機関に自己負担で支払った受講料及びテキスト代を対象とする。ただし、助成の上限額は90,000円とする。

6 助成人数

80名程度で、予算の範囲内（先着順）とする。

募集期間内であっても、予算を超えた場合は受付を終了することがある。

7 実施手順

(1) 助成対象の条件を満たす就職者は、本事業の申込みにあたっては、「令和5年度介護職員初任者研修支援事業利用申込書」（様式第1号）を添付書類とともに、社会福

社法人茨城県社会福祉協議会（以下「本会」という。）あて提出するものとする。

- (2) 本会は、申込書類を確認後、助成の可否について決定し、様式第2-1号もしくは様式第2-2号により通知するものとする。
- (3) 申込者は、助成が決定した際には、本会あて様式第3号にて助成金の請求を行うものとする。
- (4) 本会は、様式第3号による請求に基づき所定の口座へ助成金を送金するものとする。

8 個人情報

本事業において取得した個人情報は、本事業の運営のみに利用することとし、本会の個人情報保護規程に基づき適正に管理するものとする。

9 提出・問い合わせ先

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 茨城県福祉人材センター（担当：落合）
〒310-8586 水戸市千波町1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階
TEL：029-244-4544 FAX：029-244-4543

様式第1号

令和5年度介護職員初任者研修支援事業利用申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

申込者	
(フリガナ)	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 ー
連絡先 TEL	ー ー

下記のとおり、令和5年度介護職員初任者研修支援事業を申し込みます。

記

1 修了した介護職員初任者研修について

実施機関名	
実施機関所在地 連絡先	〒 ー TEL
研修期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
受講費用	円
申請金額	円 (受講費用と9万円を比較し、少ない方の金額を記載してください。)

2 就職した事業所等について

法人名	
事業所等名	
施設の種類	
事業所等所在地 連絡先	〒 ー TEL
就職年月日	令和 年 月 日

3 この度の就職にあたり、茨城県福祉人材センターの利用について

福祉人材センターの利用	有	・	無
-------------	---	---	---

4 介護職員初任者研修受講に対する他の補助金等の交付の有無について

他からの補助金等の交付を	
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。)	
上記でイ又はウに○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してください。	
名 称	
金 額	円

添付書類について

- (1) 介護職員初任者研修実施機関が発行する受講費用の支払い領収書等 (写)
※介護職員初任者研修の受講費用であり、申込者の支払いであることが分かるもの
- (2) 介護職員初任者研修カリキュラム (写)
- (3) 雇用を証明する書類 (労働条件通知書、雇用契約書等) (写)
※就業開始日・採用条件 (職種等)・現在雇用されていることが分かるもの
- (4) 介護職員初任者研修修了書 (写)

様式第2-1号

茨社協第 号
令和 年 月 日

(申込者氏名) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会事務局長

令和5年度介護職員初任者研修支援事業における受講費用助成
の決定について(通知)

令和5年度介護職員初任者研修支援事業実施要項第7(2)の規定により下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

なお、本通知の内容を御確認いただき、実施要項7(3)の規定により様式第3号にて本会あて下記助成金額を御請求ください。

記

- 1 対象者氏名
(申込者氏名)
- 2 介護職員初任者研修実施機関名
(実施機関名)
- 3 助成金額
(決定金額) 円
- 4 助成金請求期限
令和 年 月 日
※ 通帳等の写しを添付してください。

【問合わせ先】

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会
福祉人材・研修部(担当:落合)

〒310-8586 水戸市千波町1918番地
セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階

TEL: 029-244-4544

FAX: 029-244-4543

Mail: ochiai@ibaraki-welfare.or.jp

様式第2-2号

茨社協第 号
令和 年 月 日

(申込者氏名) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会事務局長

令和5年度介護職員初任者研修支援事業における受講費用助成の不承認
について (通知)

令和5年度介護職員初任者研修支援事業実施要項第7(2)の規定により、お知らせ
致します。

記

- 1 対象者氏名
(申込者氏名)
- 2 不承認理由

【問合わせ先】

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会
福祉人材・研修部 (担当：落合)

〒310-8586 水戸市千波町1918番地
セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階

TEL: 029-244-4544

FAX: 029-244-4543

Mail: ochiai@ibaraki-welfare.or.jp

様式第3号

令和5年度介護職員初任者研修支援事業助成金請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

氏名及び住所

フリガナ

氏 名 _____ 印

住 所

〒 _____

令和5年度介護職員初任者研修支援事業につきまして、下記のとおり助成金を請求いたします。

記

1 請求額 _____ 円

2 振込先

請求額の受領方法 口座振替払

金融機関コード・支店コード			
振込先金融機関		銀行・金庫	支店
振 込 口 座	預金種別	普通預金・当座預金・その他	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※振込先（金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義）が記載されている通帳等の写しを添付してください。