

○名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱

令和4年4月27日告示第1029号

改正

令和5年3月24日告示第1013号

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱

(目的)

第1条 この告示は、介護人材確保対策として、介護職員研修の受講費用助成並びに既に介護職員初任者研修を修了した者及び介護福祉士の資格を取得している者が市内の介護保険事業所等に就業することを支援し、市内の介護保険サービス事業所等における介護職員の安定した定着を図ることにより介護サービスを必要とする市民の福祉の向上に寄与することを目的とし、名寄市補助金等交付規則（平成18年名寄市規則第54号）に定めるもののほか必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 介護保険サービス事業所等（以下「事業所」という。） 次に掲げる事業のいずれかを行う事業所であって、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。以下「法」という。）第8条第1項に規定する居宅サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く。）を行う事業

イ 法第8条第14項に規定する地域密着型サービスを行う事業

ウ 法第8条第26項に規定する施設サービスを行う事業

エ 法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売を除く。）を行う事業

オ 法第8条の2第12項に規定する地域密着型介護予防サービスを行う事業

カ 法第115条の45第1項第1号に規定する事業（ハに規定する生活支援事業及びニに規定する介護予防支援事業を除く。）を行う事業

(2) 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）第22条の23第1項に掲げる研修であって、都道府県知事が指定する研修機関が行うものをいう。

(3) 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）第40条第2項第5号又は第6号（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令

第49号) 第21条第3号に定めるものに限る。) に規定する介護福祉士試験の受験資格の修得を目的とした研修をいう。

(4) 介護福祉士 社会福祉士及び介護福祉士法第42条第1項に掲げる介護福祉士の登録を受けた者をいう。

(助成対象者)

第3条 介護職員研修受講費用の助成対象となる者(以下「対象者」という。)は、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

(1) 申請時において市内に住所を有し、居住している者

(2) 前条に掲げる事業所に職員として就業中の者又は就業の内定を得ている者。

ただし、市内の大学、高等学校に通学する者については、前号の要件にかかわらず、受講修了後、当該教育機関卒業後(中途退学した場合はその時点)直ちに前条に掲げる事業所への就業を誓約している者とする。

(3) 受講終了後、1年以上同一事業所(市内において複数の事業所を運営する法人内での異動を除く。)に介護職員として勤務しようとする者

(4) 市税等に未納がない者

(5) 日本国籍を有する者又は就労に制限のない在留資格若しくは就労に制限のない法的地位を有する者

(助成対象経費)

第4条 助成の対象となる経費(以下「助成対象経費」という。)は、申請者が研修を受講した際に負担した受講料及び教材費とする。ただし、国、都道府県、市町村等から介護職員研修の受講に係る経費の助成等を受けている場合における助成対象経費は、当該助成等の金額を除いた額とする。また、未受講により再受講した経費等は助成の対象外とする。

(助成金の額等)

第5条 助成金の額等は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 初任者研修にあつては84,000円を、実務者研修にあつては135,000円を上限とし、予算の範囲内で助成する。

(2) 助成は、1人1回限りとする。

(3) 第11条第1号に掲げる就職支度金と重複することはできない。

2 名寄市が過去に実施したこの告示に類する助成金と重複することはできない。

(助成金の申請)

第6条 助成を受けようとする者は、名寄市介護職員研修受講費用助成金申請書(別記

様式第1号)に、次の各号に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 研修受講受付証明書及び研修受講費用受領書(受講料及び教材費が明記されたもの)
- (2) 事業所の就業証明書又は内定通知書
- (3) 運転免許証、旅券、健康保険証等その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し
- (4) 誓約書

2 研修の修了証明書については、手元に届き次第速やかに市へ持参し確認を受けるものとする。

(助成決定及び通知等)

第7条 市長は、前条の申請があった場合は、その助成の可否を決定し、名寄市介護職員研修受講費用助成金決定(却下)通知書(別記様式第2号)により申請者に通知するものとする。

2 助成金の支給を受けた者(以下「助成対象者」という。)は、次条各号のいずれかに該当したときは直ちに、名寄市介護職員研修受講費用助成金支給要件非該当報告書(別記様式第3号)により、市長に報告しなければならない。

3 助成対象者は、次条の返還命令を受けたときは、助成金を一括して返還しなければならない。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(助成金の返還)

第8条 市長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、既に交付した助成金の一部又は全部を返還させることができる。なお、市長が特別の理由があると認めた場合はこの限りでない。

- (1) 事業所に就労しないとき。
- (2) 受講終了後の就労期間が1年を経過せずに退職又は市外の事業所へ異動したとき。
- (3) 研修を1年以内に修了しなかったとき。

(研修機関)

第9条 介護職員研修費用助成を受けようとする者は、市内の研修機関が主催して実施する研修を受講するものとする。ただし、市内の研修機関で受講できない特別な理由がある場合については、受講開始より前にあらかじめ市外研修機関受講申出書(別記様式第4号)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前条の申出があった場合は、その可否を決定し市外研修機関受講承認(却

下) 通知書(別記様式第5号)により申出人に通知するものとする。

(就職支度金支給対象者)

第10条 就職支度金の支給対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

- (1) 申請時において市内に住所を有し、居住している者
- (2) 介護職員初任者研修を修了した者及び介護職員実務者研修を修了した者又は介護福祉士の登録を受けた者で、新たに介護職員として事業所に就労する者
- (3) 市税等に未納がない者

2 市内事業所で介護職員として就労経験がある者で、就労していた事業所を退職後1年以上経過して新たに介護職員として就労する場合は、支給対象者とする。

(就職支度金の額等)

第11条 就職支度金の額等は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 就職支度金の額は84,000円とし、予算の範囲内で支給する。
- (2) 支給は1人1回限りとする。
- (3) 第5条第1号に掲げる助成金と重複することはできない。
- (4) 名寄市が過去に実施したこの告示に類する助成金と重複することはできない。

(就職支度金の申請)

第12条 就職支度金の支給を受けようとする者は、名寄市介護職員就職支度金交付申請書(別記様式第6号)に、次の各号に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 就業する事業所の雇用通知書等で就業が証明できるもの
- (2) 介護職員初任者研修受講修了証明書及び介護職員実務者研修受講修了証明書又は介護福祉士登録証
- (3) 運転免許証、旅券、健康保険証その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し等
- (4) 誓約書
- (5) 職歴申告書(別記様式第7号)

2 前項の申請は、市内事業所で就業を開始する日を基準として90日以内に行うこととする。

(支給決定及び通知等)

第13条 市長は、前条の申請があった場合は、その支給の可否を決定し、名寄市介護職員就職支度金支給決定(却下)通知書(別記様式第8号)により申請者に通知するものとする。



2 支度金の支給を受けた者（以下「支給対象者」という。）は、次条に該当したとき直ちに、名寄市介護職員就職支度金支給要件非該当報告書（別記様式第9号）により市長に報告しなければならない。

3 支給対象者は、次条の規定による返還命令を受けたときは、就職支度金を一括して返還しなければならない。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。  
（就職支度金の返還）

第14条 市長は、就職支度金の交付を受けた者が、就労後1年を経過せずに退職又は市外の事業所へ異動したときは、既に交付した支度金の一部又は全部を返還させることができる。なお、市長が特別の理由があると認めた場合はこの限りでない。  
（実績報告）

第15条 第7条第1項により助成対象者となった者は、受講後の就労期間が1年を経過したとき、第13条第1項により支給対象者となった者は就労後1年を経過したときに遅滞なく、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付実績報告書（別記様式第10号）を市長に提出しなければならない。  
（交付決定の取消）

第16条 市長は、虚偽その他の不正の手段により申請者が支給を受けたことが判明したときは、その決定を取り消すことができる。  
（委任）

第17条 この告示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 この告示は、公示の日から施行し、令和4年4月1日から適用する。  
（失効）

2 この告示は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。ただし、この告示の失効前に交付が決定された助成金については、この告示の失効後においても、なおその効力を有する。

別記様式第1号（第6条関係）

別記様式第1号（第6条関係）

名寄市介護職員研修受講費用助成金申請書

年 月 日

名寄市長 様

〒

申請者 住所

(受講者) 氏名

電話

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、支給決定のため市が保有する申請者の個人情報を利用することに同意します。

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 受 講 者              | 住 所                                                                                                                                                                                                                                             | 名寄市   |
|                    | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                            |       |
|                    | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|                    | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 |
| 研 修 種 別            | <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修                                                                                                                                                                                   |       |
| 研 修 機 関            |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 受 講 期 間            | 年 月 日から 年 月 日まで                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| 受 講 料              | 円                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| 他機関からの助成           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 金額                                                                                                                                                                                      | 円     |
|                    | 機 関 名                                                                                                                                                                                                                                           |       |
| 助 成 金 申 請 額        | 円                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| 就 労 先<br>( 内 定 先 ) | 法 人 名                                                                                                                                                                                                                                           |       |
|                    | 事 業 所 名                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|                    | 所 在 地                                                                                                                                                                                                                                           | 名寄市   |
|                    | 就 労 日                                                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日 |
| 添 付 書 類            | <input type="checkbox"/> 研修受講受付証明書又は受講受付を証明する書類の写し及び研修受講費用受領書（受講料及び教材費が明記されたもの）<br><input type="checkbox"/> 市内介護保険サービス事業所等への内定又は雇用を証明する書類<br><input type="checkbox"/> 運転免許証、旅券、健康保険証その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し等<br><input type="checkbox"/> 誓約書 |       |

※助成金振込先金融機関

| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別  | 口座番号 | 口座名義人(フリガナ) |
|-------|-----|-------|------|-------------|
|       |     | 普通・当座 |      |             |

〈裏面に続く〉

(裏面)

|                  |                  |   |                                                         |   |                                                   |
|------------------|------------------|---|---------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------|
| 課                | 長                | 係 | 長                                                       | 係 | 下記のとおり支給決定してよろしいか<br><br>決裁日      年      月      日 |
|                  |                  |   |                                                         |   |                                                   |
| 市<br>記<br>入<br>欄 | 証 明 書 類<br>確 認 欄 |   | 認 定 欄                                                   |   |                                                   |
|                  |                  |   | 受講料_____円 - 他の助成額_____円<br>支給決定額                      円 |   |                                                   |

別記様式第2号（第7条関係）

別記様式第2号（第7条関係）

名寄市介護職員研修受講費用助成金決定（却下）通知書

第 号  
年 月 日

様

名寄市長



年 月 日付けで申請のあった助成金について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第7条に基づき助成を決定したので、次のとおり通知します。

（ 年 月 日付けで申請のあった助成金について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第7条に基づき交付を却下したので、次のとおり通知します。

なお、却下理由は、次に記載のとおりです。）

記

1 助成金交付決定額は、次のとおりとする。

- |                |   |
|----------------|---|
| （1）助成事業等に要する経費 | 円 |
| （2）助成金交付決定額    | 円 |

2 研修実施機関

3 助成金の交付条件は、次のとおりとする。

- （1）この目的以外に使用しないこと。
- （2）研修修了後の就労期間が1年経過後、遅滞なく名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付実績報告書（別記様式第10号）を市に提出すること。
- （3）研修修了後、市内の介護保険サービス事業所に就労しない場合、若しくは研修修了後の就労期間が1年を経過せずに退職又は市外の事業所へ異動したときは、市に助成金を一括して返還すること。
- （4）必要と認めたときは、地方自治法第221条第2項の規定のより随時状況の調査を行い、又は必要事項について報告させることがある。
- （5）助成金の交付要件に違反したとき又は不正行為がなされたときは、この助成金の交付決定の全部又は一部を取り消し、その返還を命じることがある。

（却下理由

）

別記様式第3号（第7条関係）

別記様式第3号（第7条関係）

名寄市介護職員研修受講費用助成金支給要件非該当報告書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

助成対象者 氏名

(受講者) 電話

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第7条の規定により、次のとおり報告します。

記

1 報告内容

- ☐ 市内の介護保険サービス事業所に未就労
- ☐ 就労後1年未経過で退職
- ☐ 就労後1年未経過で市外の事業所へ異動
- ☐ 介護職員研修を1年以内に未修了

2 上記の理由

別記様式第4号（第9条関係）

別記様式第4号(第9条関係)

市外研修機関受講申出書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

助成対象者 氏名

(受講者) 電話

特別の事情のため、名寄市内研修機関で開催される介護職員研修を受講できませんので、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第9条の規定により、次のとおり市外研修機関での受講を申出ます。

記

1 研修種別

☐ 初任者研修

☐ 実務者研修

2 受講予定研修機関

3 受講期間

年 月 日から 年 月 日まで

4 市外研修機関での受講を要する理由

※提出にあたっては受講案内等を添付すること。

別記様式第 5 号（第 9 条関係）

別記様式第 5 号（第 9 条関係）

市外研修機関受講承認（却下）通知書

第 号  
年 月 日

様

名寄市長 

年 月 日付けで申出のあった市外研修機関での受講について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第 9 条に基づき、市外での受講を交付申請の対象として承認しますので、通知します。

なお、承認理由は、次に記載のとおりです。

（ 年 月 日付けで申出のあった市外研修機関での受講について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第 9 条に基づき、市外での受講を交付申請の対象とすることを却下したので、通知します。

なお、却下理由は、次に記載のとおりです。）

記

承認理由

（却下理由 )

## 別記様式第6号(第12条関係)

## 別記様式第6号(第12条関係)

## 名寄市介護職員就職支度金交付申請書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

申請者 氏名

電話

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第12条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、支給決定のため市が保有する申請者の個人情報の利用を同意します。

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 申 請 者          | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                | 名寄市   |
|                | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|                | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日 |
| 就 労 先<br>(内定先) | 法 人 名                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |
|                | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                | 所 在 地                                                                                                                                                                                                                                                                              | 名寄市   |
|                | 就 労 日                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年 月 日 |
| 添 付 書 類        | <input type="checkbox"/> 名寄市内介護保険サービス事業所等への雇用を証明する書類<br><input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修受講修了証、介護職員実務者研修受講修了証明書又は介護福祉士登録証(原本提示)<br><input type="checkbox"/> 運転免許証、旅券、健康保険証その他本人であることを確認できる公的身分証明書の写し等<br><input type="checkbox"/> 誓約書<br><input type="checkbox"/> 履歴書(職歴が記載されたもの) |       |

## ※支度金振込先金融機関

| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別  | 口座番号 | 口座名義人(フリガナ) |
|-------|-----|-------|------|-------------|
|       |     | 普通・当座 |      |             |

|                  |               |         |                                |
|------------------|---------------|---------|--------------------------------|
| 課 長              | 係 長           | 係       | 下記のとおり支給決定してよろしいか<br>決裁日 年 月 日 |
|                  |               |         |                                |
| 市<br>記<br>入<br>欄 | 証明書類<br>確 認 欄 | 認 定 欄   |                                |
|                  |               | 支給決定額 円 |                                |



別記様式第7号（第12条関係）

別記様式第7号（第12条関係）

職歴申告書

| 年 | 月 | 職歴（各別にまとめて書く） |
|---|---|---------------|
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
| 年 | 月 | 免許・資格         |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |
|   |   |               |

上記に相違ありません。

年 月 日

氏名\_\_\_\_\_

記入上の注意

- 1 鉛筆以外の黒又は青の筆記具で記入すること。
- 2 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書くこと。

別記様式第 8 号（第 13 条関係）

別記様式第 8 号（第 13 条関係）

名寄市介護職員就職支度金支給決定（却下）通知書

第 号  
年 月 日

様

名寄市長



年 月 日付けで申請のあった就職支度金について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第 13 条に基づき助成を決定したので、次のとおり通知します。

（ 年 月 日付けで申請のあった就職支度金について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第 13 条に基づき交付を却下したので、次のとおり通知します。

なお、却下理由は、次に記載のとおりです。）

記

- 1 就職支度金支給決定額 円
  - 2 就職支度金の交付条件は、次のとおりとする。
    - （1）支給決定日から 1 年経過後、遅滞なく名寄市介護職員研修費用助成金等交付実績報告書（別記様式第 10 号）を市に提出すること。
    - （2）就労後 1 年を経過せずに退職したとき、市外の事業所に異動となったときは、市に就職支度金を一括して返還すること。
    - （3）必要と認めたときは、地方自治法第 221 条第 2 項の規定のより随時状況の調査を行い、又は必要事項について報告させることがある。
    - （4）就職支度金の交付要件に違反したとき又は不正行為がなされたときは、この就職支度金の支給決定の全部又は一部を取り消し、その返還を命じることがある。
- （却下理由 )

別記様式第9号（第13条関係）

別記様式第9号(第13条関係)

名寄市介護職員就職支度金支給要件非該当報告書

年 月 日

名寄市長 様

〒

住所

助成対象者 氏名

(受講者) 電話

就労後、次に該当した為、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第13条第2項の規定により、次のとおり報告します。

記

1 報告内容

- ☐ 就労後1年未経過で退職
- ☐ 就労後1年未経過で市外の事業所へ異動

2 上記の理由

別記様式第10号（第15条関係）

別記様式第10号(第15条関係)

年 月 日

名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付実績報告書

名寄市長 様

住所

氏名

年 月 日付け名寄市指令 第 号により助成金等の交付を受けた助成金等事業について、名寄市介護職員研修受講費用助成金等交付要綱第15条の規定により、関係書類を添えて実績報告をします。

記

1 助成金等交付金額

2 補助事業等の着手及び完了年月日

着手年月日 年 月 日

完了年月日 年 月 日

就業期間証明書

氏名

上記の者は、次の期間に当法人事業所において勤務したことを証明します。

就業事業所名

就業期間 ☐ 年 月 日から就業継続中

☐ 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

法人名

代表者氏名

印

備考

- 1 着手年月日には、研修受講費用助成金対象者は研修受講開始年月日を記入し、就職支度金対象者は就職支度金交付申請年月日を記入してください。完了年月日には、各助成金・就職支度金の交付年月日を記入してください。
- 2 就業期間はどちらかにレ点を記入するとともに期間を記入してください。