

浜松市介護職員キャリアアップ奨励金 申請チェックリスト

| 対象研修 | 該当 |
|-------------------|----|
| ① 介護職員初任者研修 | |
| ② 生活援助従事者研修 | |
| ③ 介護福祉士実務者研修 | |
| ④ (主任)介護支援専門員更新研修 | |

※該当研修に○をつける

| | |
|--------------------|--|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 日中の連絡先 (携帯電話など) | |
| 住所 | |
| 生年月日 | |

| 提出書類確認項目 | 申請者 確認欄 | 市 確認欄 |
|--|------------|----------|
| 1 申請書(様式第1号) | | |
| 申請日(年 月 日) | | |
| A 研修を修了した日(年 月 日) B 6か月間継続勤務した日(年 月 日) 申請日がA・Bの遅い日から6か月以内である。 (②の研修の場合は、研修修了日から6か月以内) | | |
| 研修を修了した日から1年以内である。(②の研修の場合を除く。) | | |
| 申請者 | | |
| 申請者本人である。(法人ではない。) | | |
| 浜松市民である。 | | |
| 交付申請額 | | |
| 受講料と奨励金の額を比較して低い方の金額になっている。 (生活援助従事者研修は受講料の1/2) | | |
| 受講料 | | |
| 領収書の金額と同額 | | |
| 勤務先事業所(②の研修の場合を除く。) | | |
| 浜松市内の事業所に勤務している。 | | |
| ④の研修の場合、北区(細江・引佐・三ヶ日地区)天竜区の事業所である。 | | |
| 確認欄1 | | |
| 申請日時点で勤務を継続している。 | | |
| 確認欄2 | | |
| 公的機関等から助成を受けていない。 | | |
| 2 領収書(原本) | | |
| 3 研修を修了した旨の証明書の写し | | |
| 4 勤務証明書(②の研修の場合を除く。) | | |
| 証明日が申請日の前1ヶ月以内である。 | | |
| 法人の証明になっている。(事業所ではない。) | | |
| 5 支払金口座振替依頼書 | | |
| 依頼日は申請日と同日である。 | | |
| 申請者本人の口座である。(法人の口座ではない。) | | |
| 申請書に押印している場合は、同じ印鑑である。 (通帳の印鑑とは異なっても構わない。) | | |
| 【その他要件確認欄】 | | |
| 市税を滞納していない。 | | |

※提出前に必要書類、記載事項、押印等確認し、こちらの申請チェックリストの申請者確認欄、申請日、研修修了日、6か月間継続勤務した日を記載し申請書と一緒に提出してください。

※提出書類に不備がある場合には、奨励金を交付できないことがあります。

（あて先）浜松市長

〒
住 所

申請者

氏 名

（署名又は記名押印をしてください。）

連絡先

浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付申請書

浜松市介護職員キャリアアップ奨励金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、市において、申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 研 修 の 種 類 | |
| 交 付 申 請 額 | 金 円 |
| 研 修 実 施 事 業 者 名 | |
| 受 講 料 | 円 |
| 修 了 年 月 日 | 年 月 日 |
| 修了証明書に記載された修了番号 | |
| 勤務先介護保険サービス事業所 （様式第2号記載） | 所 在 地 事業所名 （サービス種別) |

確認欄（以下の質問について、該当するものに○を付けてください）

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------|
| 1 | 申請日現在も様式第2号の介護保険サービス事業所に勤務を継続していますか | 勤務している・勤務していない |
| 2 | 国・県・その他公的機関等から本申請に係る受講料について助成を受けていますか | 受けていない・受けている |

添付書類

- （1）受講料の領収書（申請者の氏名及び支払金額が明記されたもの）
- （2）初任者研修等を修了した旨の証明書の写し
- （3）勤務証明書（様式第2号。生活援助従事者研修修了者は要しない）

※証明日は申請日前1か月以内であること。

- （4）支払金口座振替依頼書

年 月 日

（あて先）浜松市長

法人所在地

法人名

代表者

（署名又は記名押印をしてください。）

連絡先電話番号

（担当者氏名）

勤 務 証 明 書

浜松市介護職員キャリアアップ奨励金の交付申請について、下記のとおり証明します。

下記の者は証明日現在、介護職員、介護支援専門員又は主任介護支援専門員として週20時間以上の勤務を6か月間以上継続しています。

記

| | | |
|------------------|------------------------|----------------------------|
| 被 雇 用 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 勤 務 先 所 在 地 | |
| | 勤 務 事 業 所 名 | |
| | 勤 務 開 始 日 (週20時間以上) | 年 月 日 |
| | 職 種 | 介護職員 ・ 介護支援専門員 ・ 主任介護支援専門員 |
| | 雇 用 形 態 | 常勤 ・ 非常勤・派遣（ 週 時間 ） |

※ 証明日は申請日前1か月以内であること。

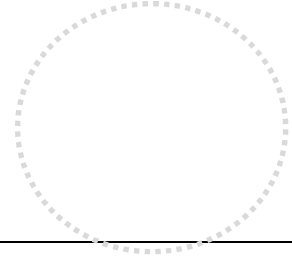
※ 雇用形態が派遣である場合は、派遣元との雇用契約書の写しを添付すること。

支払金口座振替依頼書

市に対する私の債権に係る支払は、次の口座に振込んでください。

年 月 日

宛先 浜松市長



| | |
|---------|---------------|
| 住 所 | 〒 ー |
| フリガナ | |
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |

| 振 込 先 金 融 機 関 名 | 預 金 種 別 及 び 口 座 番 号 | |
|--|---------------------|-----|
| 銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 営 業 部 出 張 所 | 普通預金 当座預金 | 第 号 |
| 口座名義 (カナ) | | |

※ 上記口座が確認できる通帳の写しを添付してください。

貼 り 付 け 欄