

## 浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付要綱

### (要旨)

第1条 この要綱は、介護人材の確保対策として、浜松市内の介護保険サービス事業所における介護職員等の従事者数の増加と定着を図るために、一定の研修の修了者であって、現に介護職員等として勤務しているものに対して、予算の範囲内において交付する奨励金について必要な事項を定める。

### (定義)

第2条 この要綱において、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) 「初任者研修」及び「生活援助従事者研修」とは、介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）第22条の23に規定する研修課程をいう。
- (2) 「実務者研修」とは、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号の規定により、文部科学大臣及び厚生労働大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した養成施設における研修をいう。
- (3) 「介護支援専門員更新研修」とは、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第69条の8第2項本文に規定する更新研修及び同項ただし書きの規定により都道府県知事が指定した研修をいう。

### (交付対象者)

第3条 奨励金の交付対象者は、市内に住所を有し、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 初任者研修、実務者研修、生活援助従事者研修又は介護支援専門員更新研修（以下「初任者研修等」という。）を修了した日から1年以内であること。
- (2) 別表1に掲げる市内の同一の介護保険サービス事業所に、6か月間継続して介護職員として週20時間以上勤務（常勤・非常勤・派遣の別を問わないものとする。）し、かつ、申請時において勤務を継続していること。ただし、生活援助従事者研修を修了した者及び出産、育児に伴う休暇中である者についてはこの限りではない。また、介護支援専門員更新研修を修了した者については、別表2に掲げる地域に所在する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所に、6か月間継続して介護支援専門員として週20時間以上勤務（常勤・非常勤の別を問わないものとする。）し、かつ、申請時において勤務を継続していること。
- (3) 国・県・その他公的機関等から本事業の申請に係る受講料について助成を受けていないこと。
- (4) 市税を滞納していないこと。

### (交付対象経費)

第4条 奨励金の対象経費は、初任者研修等の受講料（テキスト代を含む。）とする。

(奨励金の額)

第5条 奨励金の額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 初任者研修

本人が負担した受講料とし、上限は5万円

(2) 生活援助従事者研修

本人が負担した受講料の2分の1とし、上限は2万5千円

(3) 実務者研修

本人が負担した受講料とし、上限は8万円

(4) 介護支援専門員更新研修

本人が負担した受講料とし、上限は4万円

(交付申請)

第6条 奨励金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、初任者研修等を修了した日または第3条第2号の条件を満たした日のいずれかから6か月以内に市長に申請しなければならない。

(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）

(4) 支払金口座振替依頼書

(交付決定及び通知)

第7条 市長は、前条の規定による奨励金の申請があったときは、その内容を審査し、適当であると認めるときは、浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付決定通知書（様式第5号）により申請者に通知後、交付するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、奨励金を交付しないことを決定したときは、申請者に対し、浜松市介護職員キャリアアップ奨励金不交付決定通知書（様式第6号）により通知するものとする。

(返還)

第8条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、奨励金の交付決定を取り消すことができる。

(1) 虚偽その他不正の手段により奨励金の交付の決定を受けたとき。

(2) 前号に掲げるもののほか、市長が相当の理由があると認めるとき。

2 市長は、前項の規定により奨励金の交付決定を取り消したときは、浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付決定取消及び返還命令書（様式第7号）により、期限を定めて交付した奨励金を返還させるものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行し、平成25年度及び平成26年度の奨励金に適用する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行し、平成31年度及び平成32年度の奨励金に適用する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表1（対象となる介護保険サービス事業所）

- （1）法第8条第1項に規定する居宅サービス事業を行う事業所
- （2）法第8条第14項に規定する地域密着型サービス事業を行う事業所
- （3）法第8条第25項に規定する介護保険施設
- （4）法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス事業を行う事業所
- （5）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事業を行う事業所
- （6）健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設

※ただし、法第8条及び第8条の2のうち

「訪問看護（介護予防訪問看護）」、「訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）」、「居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）」、「福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）」、「特定福祉用具販売（特定介護予防福祉用具販売）」、「居宅介護支援（介護予防支援）」を除く。

別表2（対象となる地域）

- （1）浜名区（細江地区、引佐地区及び三ヶ日地区に限る。）
- （2）天竜区

（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。

様

浜松市長



浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった浜松市介護職員キャリアアップ奨励金の交付について、次のとおり決定します。

記

交付決定額

金 円

様

浜松市長



## 浜松市介護職員キャリアアップ奨励金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった浜松市介護職員キャリアアップ奨励金については、  
下記の理由により不交付と決定したので通知します。

記

理由



様

浜松市長



### 浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付決定取消及び返還命令書

年 月 日付け 第 号により通知した浜松市介護職員キャリアアップ奨励金交付決定の全部（一部）を取り消し、次のとおり返還を命ずる。

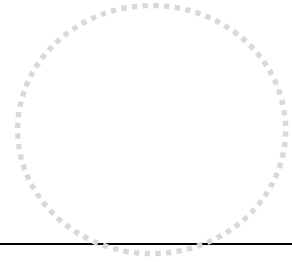
交 付 決 定 額	円
返 還 金 額	円
返 還 期 限	令和 年 月 日
返還を命ずる理由	

## 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	〒 -
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	普通預金	第 号
金 庫 支 店		
農 協 営 業 部		
出 張 所		
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