第1号様式

申請日　西暦　　　　年　　月　　日

大分県社会福祉協議会会長　殿

**２０１９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 | ㊞ |
| 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 | 西暦　　　年　　月　　日～　西暦　　　年　　月　　日 | 修了年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　日 |
| 受講料(支給対象経費) | 円 | 助成金支給申請額 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込指定口座（受講者本人名義） | 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 | 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。署名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞【その他の申し立て事項等】 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就労先証明欄（就労証明書） | 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。なお、当事業所・施設は、裏面別表の番号　　　に該当する。（番号１～２７のうち該当番号を記入）※（２０１９年度に新規に採用（登録）の場合のみ記入）→採用（登録日）　西暦　　　　年　　　月　　　日法人名

|  |
| --- |
| 介護保険事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

事業所・施設名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 大分県人材センター処理欄 |
| 受付年月日（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 | 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 |
| 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 | ２５ |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | ２６ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | ２７ |