

大川市介護職員初任者研修受講支援事業助成金 確認事項申出書

1. ( ) 年 4 月 1 日から現在までの学歴・職歴

年	月	学歴・職歴

2. 初任者研修受講時期

開始年月日		終了年月日	
-------	--	-------	--

●同意事項(□にチェックを入れてください。)

- 私は、初任者研修開始時に介護保険サービス事業所の運営法人等に就職又は内定していません。  
(私は、初任者研修開始時に訪問型サービスA型従事者として介護保険サービス事業所の運営法人等に就職しています。)
- 私が受講した初任者研修は、学校授業の一環として実施されたものではありません。

以上相違ありません。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<市確認欄>

チェック項目	内容	チェック
1/1の住民基本台帳上の住所		<input type="checkbox"/>
市税納付状況(市民税、軽自動車税、固定資産税、国保)	( 年度)	<input type="checkbox"/>
介護保険料納付状況(65歳以上)		<input type="checkbox"/>
初任者研修開始時に介護保険サービス事業所の運営法人等に就職又は内定していない(訪問A除く)		<input type="checkbox"/>
初任者研修の受講に係る経費について国や県等から助成金等を受けていない		<input type="checkbox"/>
初任者研修が学校授業の一環として実施されていない		<input type="checkbox"/>
研修実施者が発行する受講料等の領収書の写し	(受講料及び教材費のみ)(A) 円	<input type="checkbox"/>
運営法人等から当該経費について助成(助成を受ける予定を含む)	(助成を受けた若しくは受ける予定の金額)(B) 円	<input type="checkbox"/>
研修実施者が発行する修了証明書の写し	初任者研修を修了しており、かつ、その修了日が申請日の属する年度の前年度の4月1日以降であること。	<input type="checkbox"/>
就業先である介護保険サービス事業所の運営法人が発行する就業証明書	市内の介護保険サービス事業所に就職し、継続して3ヵ月以上就業していること。	<input type="checkbox"/>
※(A)-(B)と5万円を比較して低い方の額		円