令和８年度　世田谷区　　令和８年１０月２６日更新

介護職員初任者研修受講料の助成事業

世田谷区では、介護人材の確保及び育成・定着を支援するため、「介護職員初任者研修課程」を修了した方に受講料の一部を助成します。

オンライン手続き（電子申請）可

◆助 成 要 件◆

以下のすべての要件を満たす方が対象です。

① 介護職員初任者研修課程を修了後、3 ヶ月以内に、本紙添付の【別表】で定める区内事業所等に介護職員等として就労していること。

※ 研修修了時、既に就労されている方（働きながら研修を受講した方）も対象です。

※ 申請者の住所地は問いません（区外にお住まいの方でも、区内事業所に就労していれば対象です）。

※ 労働者派遣法により就労している方は対象になりません。

② 研修修了後、①で就労した（している）区内事業所等で**3 ヶ月以上**継続して就労中であること。

※ 研修修了前から区内介護事業所等で勤務している方も（資格取得後に勤務を開始した方も）、研修修了の日以降に 3 ヶ月以上の就労期間が必要です。その後、申請が可能となります。

③ 登録ヘルパーの方は、②の要件を満たし、かつ従事時間が 90 時間を超えていること。

◆申請の期限◆

上記の助成要件をすべて満たした日の翌月から**3 ヶ月以内**が申請期限です。

（例）すべての助成要件を 4 月に満たした方の申請期限は同年 7 月末日

※ 郵送の場合は、申請期限内に区に書類が到着することが必要です。

◆助 成 金 額◆

助成金額は、受講料（テキスト代、補講料、実習費等を含む）の**9 割**（千円未満切捨て）。ただし、上限額は 7 万 2 千円。

（例）受講料が 5 万円の場合、助成金額は 9 割の 4 万 5 千円

受講料が 8 万円を超える場合、助成金額は上限の 7 万 2 千円

※助成金の総額は、令和 8 年度予算の範囲内となります。

◆申 請 方 法◆

以下の書類を郵送または窓口に持参、または電子申請にて提出してください。

① 申請書兼請求書（令和 6 年 4 月 1 日改正の様式が最新です）

② 初任者研修の修了証明書の写し

③ 就労状況を証明する書類

※紙での申請の場合、申請書兼請求書の就労証明欄を使用しても可。電子申請の場合は、（参考様式）就労証明書を使用してください。

④ 研修指定事業者発行の領収書等（宛名が申請者のものに限る）の写し

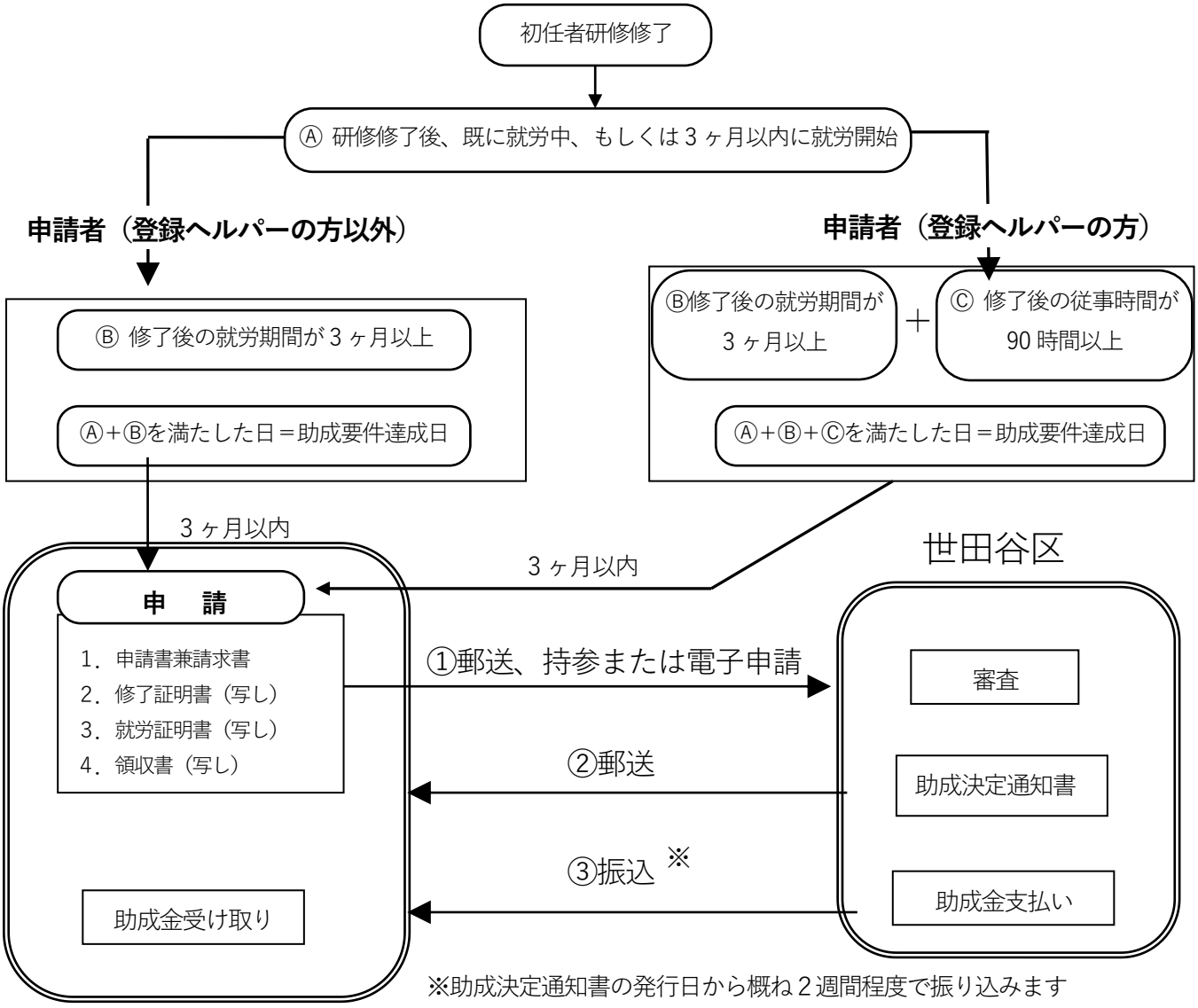
※他の研修や講座とセットで受講した場合は、金額の内訳がわかる書類もご提出ください。

※振込口座の口座情報（口座番号、口座名義）のわかるもの（通帳、キャッシュカードのコピーまたは口座情報のわかる画面のスクリーンショットの写し等）の提出のご協力もお願いします。

◆注 意 事 項◆

・国や東京都、他の地方公共団体、公益団体等から同種の助成等を受けている場合は助成対象となりません。
・勤務先から受講料の一部が補助されている場合は、受講料からその額を控除します。
・領収書が発行されない場合は、クレジットカード契約証明書の写しもしくは払込受領証や振込明細書の写しをご提出ください。（受講先・講座名称等、金額の内容が分かる記載があるもの）

◆申請から助成金の受け取りまで◆



※助成決定通知書の発行日から概ね２週間程度で振り込みます

◆問い合わせ・申し込み先（受付：月～金　8 時 30 分～17 時）◆

〒154-8504　世田谷区世田谷 4-21-27
（介護サービス事業所）**高齢福祉課 管理係**（西棟４階）
TEL　**03-5539-3244**
（上記連絡先は世田谷区補助金受付窓口の番号です）

世田谷区 初任者研修 助成金

☞電子申請については、問い合わせ・申し込み先に記載の二次元コードからご確認ください

別表（第２条関係）

●介護保険法

1	指定居宅サービス	訪問介護 訪問入浴介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護
2	指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護
3	介護保険施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院
4	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護
5	指定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 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
6	介護予防・日常生活支援総合事業	第一号訪問事業の従前相当サービス （従来の介護予防訪問介護に相当） 第一号通所事業の従前相当サービス （従来の介護予防通所介護に相当）

●老人福祉法

7	老人福祉施設	養護老人ホーム 特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム 老人デイサービスセンター 老人短期入所施設

●その他

8	その他施設	高齢者一時生活援助施設

記入時の注意事項

黒色ボールペンで記入してください（消せるボールペン不可）

令和６年４月１日改正

第１号様式（第４条関係）

申請者記入欄と事業所記入欄を記入した後、日付を記入する。日付は、和暦で記入。

申請日　**令和**　　年　　月　　日

世田谷区長　あて

世田谷区介護職員初任者研修課程受講料助成金交付申請書兼請求書

世田谷区介護職員初任者研修課程受講料助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。助成決定後は、決定金額を以下の口座にお振込みください。

申請者記入欄

以下の事項（※）を確認し、チェックボックス□にチェックを入れてください。
（チェックボックス□にチェックがない場合は、助成金の交付対象者になりません。）

（※）この受講料の助成を受けるにあたり、国、東京都、公益団体等で実施されている他の類似の助成を受けていないこと及び今後の類似の助成を申請しないことをここに申し添えます。

☑ チェックボックス

訂正する場合は、二重線で訂正。

内容を確認し、チェックを記入

申請者	住所	〒　△－△－△　世田谷区　世田谷 ○－○－○		
	氏名		日中に連絡できる電話番号	-　-
内容	指定養成研修事業者名		修了年月日	年　月　日
	受講料（助成対象経費）	８０，０００　円	勤務先からの助成額	円
振込口座	金融機関名	○○○　銀行・信用金庫・労働　農協		
	支店名	○○○		
	預金種別	１．普通　２．その他		
	口座番号	○　○　○　○　○　○　○		
	口座名義（カナで記入）			

申請時に、勤務先から同様の助成を既に受けている方は、その金額を記入

２．その他の方は、「0円」と記入

ゆうちょ銀行の場合は振込用の店名（漢数字）を記入

同一の氏名を記載

事業所記入欄

就労状況等	フリガナ 申請者氏名		勤務先名称	
	勤務先所在地	世田谷区	勤務先電話番号	
	雇用形態（該当に○印）	常勤　・非常勤　・　登録ヘルパー　・　臨時（パート）・　その他（　　）	登録ヘルパーのみ記入	登録ヘルパーとしての従事時間が、研修修了日以降９０時間を超えた日を記入　年　月　日

雇用形態が、登録ヘルパーの場合のみ記入

実際に勤務している事業所名を記入

勤務先証明欄（就労証明書）

申請者は、　　年　月　日付で当事業所に採用（登録）し、研修修了後の就労期間が３ヶ月を経過した現在も当事業所の介護職員として勤務（登録）していることを証明する。

年　月　日

証明日は、研修修了日から3ヶ月経過した日以降の日付

所在地

法人又は事業所名

代表者 職・氏名

㊞（法人代表印・社印又は事業所印・事業所長の印）

①運営法人の代表者名（理事長、代表取締役社長など）
または、
②勤務先の所属長名（施設長、事業所長など）

私印不可。

事業所記入欄を訂正する場合は、上記と同じ印を押印して訂正。

世田谷区処理欄

提出			
申請書（内容確			
修了証明書（写）　〔　〕			円
領収書（写）　〔　〕			助成決定金額
			円