

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」の受講料助成事業を実施しています。

令和3年度の変更点（申請日が令和3年4月1日以降に適用）

様式の変更（旧様式は使用できません）

「申請書」と「請求書」の書類を一つにすることで、手続きの簡略化と助成金支払いまでの期間を短縮します。また、申請者の押印を廃止します。

書類の提出先の変更

障害サービス事業所にお勤めの方は、提出先が障害施策推進課になります（介護サービス事業所にお勤めの方の提出先は、これまでどおり高齢福祉課です。）

助成要件や金額等の変更はありません。

助成要件

以下のすべての要件を満たす方が対象です。

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

研修修了後、 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。さらに、登録ヘルパーの方は、従事時間が90時間を超えていること。

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金等を受けていないこと。

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、申請期限内に到着することが必要

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）ですが、7万2千円が上限額です。

（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3年度予算の範囲内となります。

申請に必要な書類

申請書兼請求書（区のホームページからもダウンロードできます）

初任者研修の修了証明書の写し

就労状況を証明する書類（申請書兼請求書の就労証明欄を使用しても可）

研修指定事業者発行の領収書等原本（宛名が申請者のものに限る）

クレジットカードで支払った場合には、クレジットカード契約証明書をご提出ください。

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。

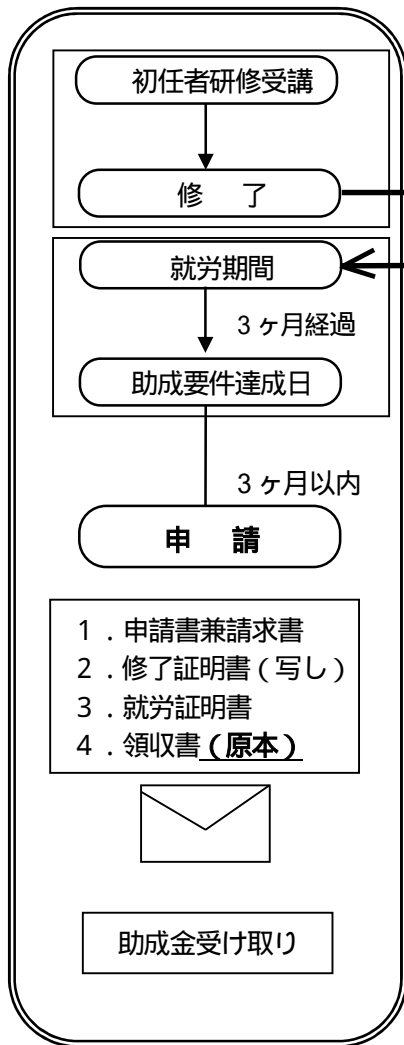
講座等受講費用の領収書等原本は必ず保管しておいてください！

注意事項

- ・申請書兼請求書は、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）
- ・申請書兼請求書の申請者記入欄を訂正する場合は、二重線で訂正してください（訂正印不要）。なお、事業所記入欄は二重線で訂正のうえ訂正印（代表者印または社印）が必要です。
- ・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。
- ・旧姓と新姓の書類が混在している場合には、同一人物であることを証明できる書類をご提出ください。
- ・領収書(原本)が発行されない場合は、クレジットカード契約証明書(原本)もしくは払込受領証(原本)や振込明細書(原本)をご提出ください。

申請から助成金の受け取りまで

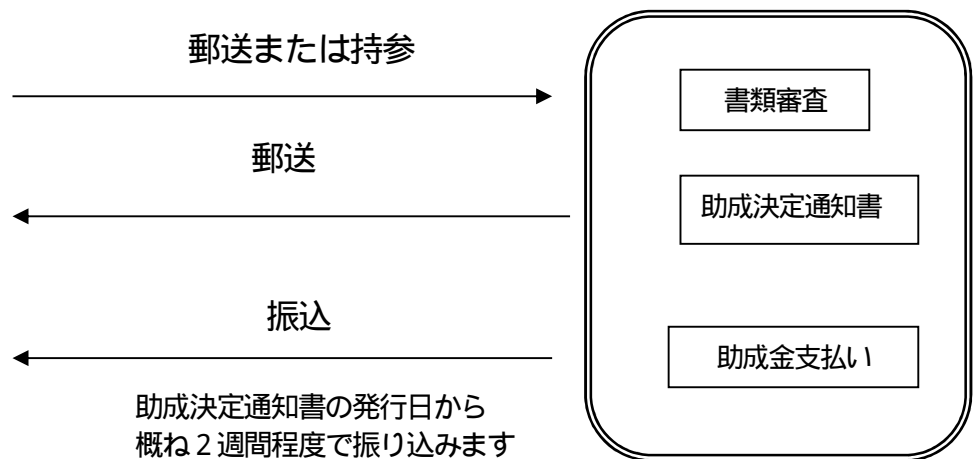
申請者



修了後既に就労している、もしくは3ヶ月以内に就労していること



世田谷区



< 問い合わせ・申し込み先 >

〒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(分庁舎(ノバビル)3階)

TEL 03-5432-2397 FAX 03-5432-3085 (月~金 8時30分~17時15分)

(障害サービス事業所) 障害施策推進課事業担当(第2庁舎1階)

TEL 03-5432-2388 FAX 03-5432-3021 (月~金 8時30分~17時15分)

【ホームページ】

[目次から探す](#)

[福祉・健康](#)

[高齢・介護](#)

[介護保険事業者向け情報](#)

[介護研修に関する情報](#)

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 介護療養型医療施設 ※2024年3月廃止 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
---	--------	---

●障害者総合支援法

8	障害福祉サービス	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 重度障害者等包括支援 施設入所支援 自立訓練 就労移行支援 就労継続支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助
---	----------	--

●児童福祉法

9	障害児通所支援	児童発達支援 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 居宅訪問型児童発達支援 保育所等訪問支援
10	児童福祉施設	障害児入所施設

●その他

11	その他施設	高齢者一時生活援助施設
----	-------	-------------

記入時の注意事項

第1号様式（第4条関係）

令和3年4月1日改正

世田谷区長 あて

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 令和〇年 〇月 〇日

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等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、決定金額を下記の口座にお振込みください。

また、こ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をここに申し添えます。

申請者記入欄	申請者	住所	〒 世田谷区 世田谷 〇-〇-〇				
		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	領収書の金額を記入		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	0 円	
	振込口座	金融機関名	〇〇〇		銀行) 信用金庫・信用組合・労働農協		
		支店名	〇〇〇		申請時に、勤務先から同様の助成を既に受けている方、もしくは勤務先から助成を受けることが確定している方は、その金額を記入 その他の方は、「0円」と記入		
預金種別		普通	当座				
口座番号		〇	ゆうちょ銀行の場合は振込用の店名(漢数字)を記入				〇
口座名義(カナで記入)							

事業所記入欄	就労状況等	申請者先	名称	特別養護老人ホーム	電話番号	
			所在地	世田谷区	雇用形態が、登録ヘルパーの場合のみ記入	
		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()	勤務先の名称を記入	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
勤務先証明書欄	申請者は、 年 月 日付で当事業所に採用(登録)し、研修修了後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。					
				令和〇年〇月〇日	証明日は、研修修了日から3ヶ月以上経過した日以降の日付	
	所在地					
	名称					
	代表者職・氏名	(代表者印または社印)				

世田谷区処理欄	提出書類			私印は不可
	申請書(内容確認)	運営法人の代表者名(理事長、代表取締役社長など)または、勤務先の所属長名(施設長、事業所長など)		円
	領収書原本	[]		助成決定金額
				円