

申請日を記載してください

(様式第1号)

記載例

令和7年5月1日

(宛先) 小樽市長

小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金申請書

小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金の交付を受けたいので、小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金交付要綱第7条に基づき、下記のとおり申請し、交付決定された場合は、下記の口座に振り込まれるように申し込みます。

記

押印してください

申請（請求）者氏名	フリガナ オタル タロウ	生年月日	昭和63年6月1日
	小樽 太郎 		
住所	〒047-8660 小樽市花園2丁目12番1号 電話(090)0000-0000		
受講研修名	介護職員初任者研修		
研修実施機関名	ホッカイドウ研修センター		
受講期間	令和7年2月1日から 令和7年4月10日まで		

受講料の金額	領収書に記載されている金額を記載	107,000 円
申請（請求）金額	別表2を参照し金額を記載	50,000 円

※金額は、訂正印等で訂正できません。

<振込先>

口座名義	フリガナ	オタル タロウ						
	小樽 太郎							
金融機関	小樽 銀行 (金庫)・組合						小樽 支店	
口座番号	普通・当座	0	0	0	1	2	3	4

※振込先通帳の写し（振込先（カナ）の記載事項を確認できるページ）を添付してください。

裏面も記載してください。

<その他必要情報>

勤務先	法人名	株式会社 オタル	
	事業所名	グループホーム おたる	
申立事項	<p>・私は助成を受けるにあたり、国、北海道、その他の公的機関又は介護サービス事業所から他の助成を受けていません。</p> <p>・小樽市が住所地及びの納税状況について、関係機関に調査することについて同意します。</p> <p>・小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金交付要綱第11条の規定により、助成金の返還を命じられた場合は、速やかに返還します。</p> <p>・申請書及び提出書類の内容は全て事実と相違ありません。</p>	申請者氏名 小樽 太郎	押印してください 

以下の欄は、事業主（法人等）が記載してください。

<就業状況確認>

申請者の 勤務開始年月日	平成29年 4月 1日から雇用継続中
-----------------	--------------------

上記のとおり申請者が就業中であることを証します。

令和 7年 5月 10日

住 所 小樽市花園〇丁目〇-〇
事業主 株式会社オタル
代表取締役 小樽 一郎

者
の
印
オ
タ
ル
代
表
株
式
会
社

<助成金の申請に当たっての注意事項>

- 1 助成金の支給対象は、対象研修の受講料（テキスト代含む。）です。
- 2 小樽市介護人材キャリアアップ支援事業助成金（以下「助成金」という。）の支給額は、申請書類に基づき、受講研修名に応じて決定されます（詳細は交付要綱を御確認ください。）。
- 3 申請内容について、市が事業主や研修機関の関係機関に確認を行うことがあります。
- 4 助成金の支給を受けるためには、この申請書に、研修機関が発行する受講の修了証及び領収書等の写しを添えて、市に申請手続を行うことが必要です。
- 5 内容の審査に当たり、提出書類以外にも書類の提出をお願いする場合があります。
- 6 申請内容に虚偽が発覚した場合は、助成金を支給しない場合があります。また、助成金の支給後に虚偽等が発覚した場合は、助成金の返還を命ずることがあります。

小樽市	申請者	備考
<p>令和7年5月1日～申請受付開始</p> <pre> graph TD A[① 研修受講し修了] --> B[② 申請] B --> C[③ 申請内容審査] C --> D[④ 交付・不交付決定] D --> E[⑤ 決定通知の受領] E --> F[⑥ 助成金の支給] F --> G[⑦ 助成金の受領] </pre>	<p>① 研修受講し修了</p> <p>② 申請</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【様式第1号】申請書 ・領収書（写） ・修了証明書（写） ・振込先通帳（写） ・前年度又は本年度中に研修を受講し修了 ・申請時点市内事業所で3か月以上就業継続中 ・市内在住 ・市税納税済 ・公的機関等から類似の助成等を受けていない <p>⑤ 決定通知の受領</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交付・不交付決定通知書 <p>⑦ 助成金の受領</p>	<p>・前年度又は本年度中に開催した研修を受講し修了</p> <p><申請要件> 全てを満たすことが必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1号様式の就業状況確認は、事業所が記載 ・修了証明書の発行がない研修は、研修の内容、期間、その他必要な事項が確認できる書類

★対象となる事業所

(申請時点で小樽市内の同一の事業所等で3か月以上継続して働いている方)

居宅支援	介護予防支援
	居宅介護支援
訪問	訪問介護（ホームヘルプ）
	訪問入浴介護
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
通所	通所介護（デイサービス）
	地域密着型通所介護（デイサービス）
	通所リハビリテーション（デイケア）
	認知症対応型通所介護
多機能型	小規模多機能型居宅介護看護
	看護小規模多機能型居宅介護
短期入所	短期入所生活介護（福祉系ショートステイ）
	短期入所療養介護（医療系ショートステイ）
入居	特定施設入居者生活介護
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
入所	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
	地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
	介護老人保健施設
	介護医療院