第１号様式

（第５条関係）

年　　月　　日

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付申請書**

鎌倉市長　宛

鎌倉市介護従事者資格取得補助金を受けたいので、鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | | |
| 氏　　名 | **印** | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－  TEL　　　　　（　　　　　） | | | |
| 勤務先 | 名称 |  | | |
| 住所 | 〒　　　－  TEL　　　　　（　　　　　） | | |
| 採用年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 研修を修了した者 | 受講研修種別 | □　**生活援助従事者**研修  □　**認知症介護基礎**研修  □　介護職員**初任者**研修  □　介護福祉士**実務者**研修 | | 養成機関名 |  |
| 研修期間 | 年月日～  年月日 | | 研修修了年月日 | 年月日 |
| 費用負担額 | 円 | | 補助金申請額  （上限30,000円） | 円 |
| 試験に合格した者 | 試験種別 | □　**介護福祉士**国家試験  □　**介護支援専門員**実務研修受講試験 | | | |
| 合格年度 | 年度 | | 登録年月日  （**のみ**記載） | 年月日 |
| 費用負担額 | 円 | | 補助金申請額  （上限30,000円） | 円 |

**☞必要な書類は添付されていますか？**

□⑴　受講料等の**領収証**の写し

□⑵　**研修を修了した者**→**研修修了証明書**の写し

**介護福祉士**→介護福祉士国家試験**合格証書**及び介護福祉士**登録証**の写し

**介護支援専門員実務研修受講試験**→**合否通知**の写し

□⑶　勤務先が発行した**鎌倉市介護従事者資格取得補助金就業証明書**（第２号様式）

**（裏面もご記入ください）**

鎌倉市介護従事者資格取得補助金に関する同意書兼誓約書

私は、鎌倉市介護従事者資格取得補助金を申請するにあたり、鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱の規定を理解した上で申し込みます。 また、次のとおり誓約し、同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 私は、鎌倉市介護従事者資格取得補助金の交付事務において、鎌倉市職員が住民基本台帳の情報を利用して申請者である私の氏名、住所を確認することに同意します。 | □　はい  □　いいえ |
| ２ | 私は、鎌倉市に収める市税に滞納がないことを誓約します。また、右宣誓内容について、鎌倉市が必要と認める場合には、私の市税納付状況について照会が行われることに同意します。 | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 私は、自己が暴力団排除に関する鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第４条第２項（下記**【参考】**参照）の各号には該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。また、右宣誓内容について、鎌倉市が必要と認める場合には、鎌倉警察署又は大船警察署に宣誓内容について照会が行われることに同意します。 | □　はい  □　いいえ |
| ４ | 私は、本補助金のほかに、当該研修等の費用について、国、県、又は市の補助は受けておらず、また、申請も行っていません。 | □　はい  □　いいえ |

これらの誓約が虚偽である場合、又はこの誓約に反した場合には、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

**【参考】**

（補助の対象となる者）

第４条　この補助金を申請しようとする者（以下、「申請者」という。）は、鎌倉市内の介護事業所に勤務し、かつ当該介護事業所を運営する法人等に直接雇用されている者で、次の各号のいずれかの要件を満たす者である。

⑴　資格取得日時点で当該介護事業所に勤務していた者については、その日から６か月以上、当該介護事業所に継続して勤務していること。

⑵　資格取得日時点で鎌倉市内の介護事業所に勤務していなかった者については、資格取得日から１年以内に鎌倉市内の介護事業所に就労し、継続して６か月以上勤務していること。

２　前項の要件を満たす場合においても、次の各号のいずれかに該当する者は、本補助金の交付対象としない。

⑴　暴力団員等に該当する者

⑵　暴力団又は暴力団員等の統制下にある者

⑶　暴力団員等に該当する者が役員に含まれる法人又は暴力団員等がその事業活動に支配的な影響力を有する法人に所属する者

⑷　暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有している者

⑸　鎌倉市の市税を滞納している者

⑹　本補助金のほかに、当該研修の費用について、国、県、他の地方公共団体、公益団体等から同種の補助金等（就労している勤務先からこの要綱の補助金の対象となる経費について一部補助を受けている場合を除く。）を受け、若しくは申請を行った者

第２号様式

（第５条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金就業証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （宛先）鎌倉市長  所在地  （雇用者）法人名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  　下記の者について　　　　　年　　月　　日現在、次のとおり当社（介護保険施設・事業所）において就業していることを証明します。 | | |
| 被雇用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 就業先  施設又は事業所 | 所在地 | 神奈川県鎌倉市 |
| 名　称 |  |
| 就業期間 | | 年　　月　　日　　～　　　　　現在 |

第３号様式

（第６条関係）

鎌　第　　　号

年　　月　　日

（申請者住所）

（申請者氏名）　　　　　　　　　　様

鎌倉市長　　　　　　　　　印

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付（不交付）決定通知書**

年　月　日付鎌　　第　　　号で申請を受けました、鎌倉市介護従事者資格取得補助金については、鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり決定し、交付する額が確定したので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 交付します | | * 交付しません |
|  |  | |
| 補助金交付決定額 | 円 | |
| 対象となる研修等 | □　生活援助従事者研修  □　認知症介護基礎研修  □　介護職員初任者研修  □　介護福祉士実務者研修  □　介護福祉士国家試験受験手数料及び登録に要する費用  □　介護支援専門員実務研修受講試験受験手数料  及び試験問題作成事務手数料 | |
| 条　　　件 |  | |
| 交付しない場合はその理由 |  | |
| 備　　　考 |  | |

第４号様式

（第７条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金申請取り下げ書**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  （宛先）鎌倉市長  申請者住所  申請者氏名    年　　月　　日付鎌　　第　　号にて交付決定を受けた鎌倉市介護従事者資格取得補助金については、下記の事項に不服があるので取り下げます。 | |
| 補助金交付決定額 | 円 |
| 不服のある交付決定内容又は交付決定に付された条件 |  |
| 不服の理由 |  |

※　申請の取り下げがあったときは、当該申請に係る補助金の交付決定ははじめからなかったものとして扱われます。

第５号様式

（第８条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金決定取り消し通知書**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  （申請者住所）  （申請者氏名）　　　　　　　　　　様  鎌倉市長　　　　　　　　　印    年　　月　　日付鎌　　第　　号にて交付を決定した鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり取り消したので通知します。 | |
| 取消しの内容  （交付決定の内容） |  |
| 取消しの理由 |  |

第６号様式

（第９条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 金　額 | | 十  ￥ | 万 | | 千 | 百 | 十 | 円 |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | 品　　　　 名 | | 金　　額 | | | 備　　　　　　　考 | | | | | |  |
| 鎌倉市介護従事者資格取得補助金 | | 円 | | |  | | | | | |
| 上記の金額を請求します。  　なお、請求金額は、口座振替の方法により下記の口座に振込んでください。  　　　　　　年　　月　　日    住所    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印  （自署の場合は押印不要です）  （宛先）　鎌倉市長 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | | | 口座名義（カタカナで記入してください） | |
| 支店名 | □　当座  □　普通 | 口座番号 | | 備　考 | |

第７号様式

（第11条関係）

鎌　　第　　　号

年　　月　　日

（申請者住所）

（申請者氏名）　　　　　　　　　　様

鎌倉市長　　　　　　　　　印

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金返還通知書**

年　　月　　日付鎌　　第　　号で交付決定・確定通知した鎌倉市介護従事者資格取得補助金について、鎌倉市介護従事者資格取得補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり返還するよう通知します。

記

１．補助金返還額　　　　　　　　　　　　円

２．交付済補助金額　　　　　　　　　　　　円

３．返還期限　　　　　　　　　年　　　月　　　日

４．返還理由

５．返還方法　　別紙納入通知書により、鎌倉市役所本庁舎又は鎌倉市指定金融機関で納付してください。

６．その他　　補助金の返還を命ぜられ、これを返還期限までに納付しなかったときは、返還期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、当該補助金の返還額に利息相当額を加算した金額を納付することになりますので、速やかに返還してください。